A. AUVARD

# THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE



Bibliothèque de Thérapeutique
Médicale et Chirurgicale
Dujardin-Beaumetz et Terrillon





# BIBLIOTHÈQUE

DE

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## ET CHIRURGICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

DUJARDIN-BEAUMETZ
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
etc.

O. TERRILLON
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière

---

## PARTIE MÉDICALE

Art de formuler. 1 volume, par Dujardin-Beaumetz.

Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte. 1 volume, par E. Barié, médecin de l'hôpital Tenon.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires. 1 volume, par H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique de la tuberculose. 1 volume, par H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais.

Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin. 1 volume, par A. Mathieu, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du foie. 1 volume, par L. Galliard, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies de la peau. 2 volumes, par G. Thibierge, médecin des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies du rein. 1 volume, par E. Gaucher, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

**Thérapeutique de la diphtérie.** 1 volume, par E. GAUCHER, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

**Thérapeutique du Rhumatisme et de la goutte.** 1 volume, par W. OETTINGER, médecin des hôpitaux.

**Thérapeutique de la fièvre typhoïde.** 1 vol., par P. LE GENDRE, médecin des hôpitaux.

**Thérapeutique des maladies vénériennes.** 1 volume, par F. BALZER, médecin de l'hôpital du Midi.

**Thérapeutique du diabète.** 1 volume, par L. DREYFUS-BRISAC, médecin de l'hôpital Tenon.

**Thérapeutique des névroses.** 1 volume, par P. OULMONT. médecin de l'hôpital Tenon.

**Thérapeutique infantile.** 1 volume, par A. JOSIAS, médecin des hôpitaux.

**Prophylaxie des maladies infectieuses.** 2 volumes, par A. CHANTEMESSE, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. BESANÇON.

**Thérapeutique des maladies infectieuses.** 1 volume, par A. CHANTEMESSE, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, et M. BESANÇON.

**Thérapeutique des maladies de l'oreille, du larynx et du nez.** 2 volumes, par LERMOYEZ, médecin des hôpitaux.

---

## PARTIE CHIRURGICALE

**Antisepsie chirurgicale.** 1 volume, par O. TERRILLON ET H. CHAPUT, chirurgien des hôpitaux.

**Thérapeutique chirurgicale des maladies de la tête.** 1 volume, par P. SEBILEAU, agrégé à la Faculté de Paris.

**Thérapeutique chirurgicale des maladies du rachis.** 1 volume, par P. SEBILEAU, agrégé à la Faculté de Paris.

**Thérapeutique oculaire.** 1 vol., par F. BRUN, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

**Thérapeutique chirurgicale des maladies de la poi-**

trine. 1 volume, par Ch. Walther, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies de l'estomac et du foie. 1 volume, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'intestin et du rectum. 1 volume, par H. Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale de l'urètre et de la prostate. 1 volume, par J. Albarran, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique chirurgicale de la vessie et du rein, 1 volume, par J. Albarran, agrégé à la Faculté de Paris.

Thérapeutique obstétricale. 1 volume, par A. Auvard, accoucheur des hôpitaux.

Thérapeutique gynécologique. 1 volume, par Ch. Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique chirurgicale des maladies articulaires 1 volume, par Ch. Picqué, chirurgien des hôpitaux.

Thérapeutique des maladies osseuses. 1 volume, par O. Terrillon et P. Thiéry, chef de clinique chirurgicale.

---

Tous les volumes, publiés dans le format in-18 jésus, sont reliés et comportent chacun de 200 à 400 pages avec figures.

PRIX DE CHAQUE VOLUME : **4** fr.

**Ils se vendront tous séparément**

*Et paraîtront successivement dans le délai de* 18 *mois.*

*C'est-à-dire avant la fin de* 1894.

---

# THÉRAPEUTIQUE

# OBSTÉTRICALE

# THÉRAPEUTIQUE

# OBSTÉTRICALE

PAR

LE Dr AUVARD
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

---

AVEC 82 FIGURES DANS LE TEXTE



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON

1893

# PRÉFACE

---

Après avoir combiné les plans les plus méthodiques pour écrire le livre actuel, et après en avoir trouvé qui me séduisaient beaucoup comme auteur, je me suis demandé quel était celui qui plairait le plus au lecteur, et celui qui lui faciliterait le plus ses recherches.

C'est dans ce second état d'esprit qu'abandonnant mes premières idées je me suis résolu à classer les divers sujets traités par ordre alphabétique, comme dans un dictionnaire.

Les critiques sévères ne manqueront pas de trouver singulier que des sujets aussi dissemblables, par exemple, qu'*éclampsie* et *embryotomie* se trouvent placés l'un à côté de l'autre; ils estimeront que ce plan est loin d'être magistral, mais ils ne sauront lui reprocher de ne pas être essentiellement pratique.

Or c'est l'unique qualité que j'ai recherchée

ici, écrivant exclusivement pour des médecins, qui se trouvent journellement aux prises avec les difficultés de la clientèle obstétricale.

Que demande en effet le médecin dans ces conditions? Affairé du matin jusqu'au soir, et quelquefois du soir jusqu'au matin, à peine quelques instants lui sont laissés pour la lecture. Un renseignement lui manque sur un point d'obstétrique pour lequel sa mémoire, déjà si surchargée, se trouve en défaut ; prenant le livre actuel il cherche ce renseignement à l'article voulu, et, s'il n'est pas traité là, une indication le renvoie immédiatement au bon endroit.

Toute table devient ainsi inutile : ce qui, tout en simplifiant les recherches, diminue d'autant le volume de l'ouvrage ; les économies, même petites, ne sont jamais à dédaigner.

Je ne dirai qu'un mot sur l'esprit dans lequel ce livre a été écrit.

J'y ai évité toute discussion, tout exposé encyclopédique, et à ceux qui m'objecteraient avec juste raison qu'il est incomplet, ce qui est exact et volontaire de ma part, je répondrai que j'ai simplement exposé *ma pratique personnelle*, et non celle des accoucheurs en général.

Ce livre serait mieux intitulé : *Thérapeutique obstétricale* DU *docteur Auvard*, que *Thérapeutique obstétricale* PAR *le docteur Auvard.*

Respectant les usages, j'ai toutefois adopté la seconde formule.

J'ai voulu, en choisissant cette manière de faire, éviter au médecin les tergiversations et les incertitudes auxquelles il se laisse aller après la lecture des traités encyclopédiques, où la richesse de la thérapeutique paralyse son initiative et le réduit à la pauvreté d'action.

En étant aussi radical, mes préceptes thérapeutiques pourront ne pas plaire à tous les maîtres de l'obstétrique, qui ne manqueront pas, à l'occasion, de critiquer la conduite tenue par les médecins qui s'inspireront de ce livre. En obstétrique, pas plus qu'en médecine, il n'y a de traitement indiscutable : il est impossible de contenter tout le monde, et le médecin, qui se trouve exposé à être discuté par des maîtres intransigeants, doit s'inspirer du proverbe :

« Fais ce que dois, advienne que pourra. »

Or, s'il agit d'après les préceptes énoncés dans cet ouvrage, j'estime qu'il aura fait ce qu'il doit, car j'y ai écrit sans la moindre réticence tout ce que je pense en thérapeutique obstétricale. Si par hasard je me suis trompé, c'est une erreur honnête et involontaire que j'aurai commise et que personne ne saurait me reprocher.

Paris, mai 1893.

# THÉRAPEUTIQUE
# OBSTÉTRICALE

---

**ABAISSEMENT DES BRAS.**

Tête première. (Voir *Excès de volume du fœtus.*)
Tête dernière. (Voir *Extraction manuelle.*)

**ABCÈS DU SEIN.** (Voir *Sein.*)

**ACCOUCHEMENT.**

Conduite a tenir. — Nous aurons dans cet article deux points à examiner :

1° La conduite à tenir dans l'accouchement en général ;

2° La conduite à tenir dans chaque présentation en particulier (sommet, face, front, siège, thorax, abdomen).

**1° Conduite à tenir pendant l'accouchement en général.**

*Préparation du lit.* — Autrefois, on faisait usage pour l'accouchement d'un lit spécial, dénommé lit de misère ou lit de travail; ce lit, qui consistait au siècle dernier en un meuble plus ou moins bizarre, était représenté dans ces derniers temps par un simple lit de sangle qu'on emploie encore volontiers dans

certaines familles. Cette complication est inutile et il vaudra mieux se servir du lit ordinaire en le pré-

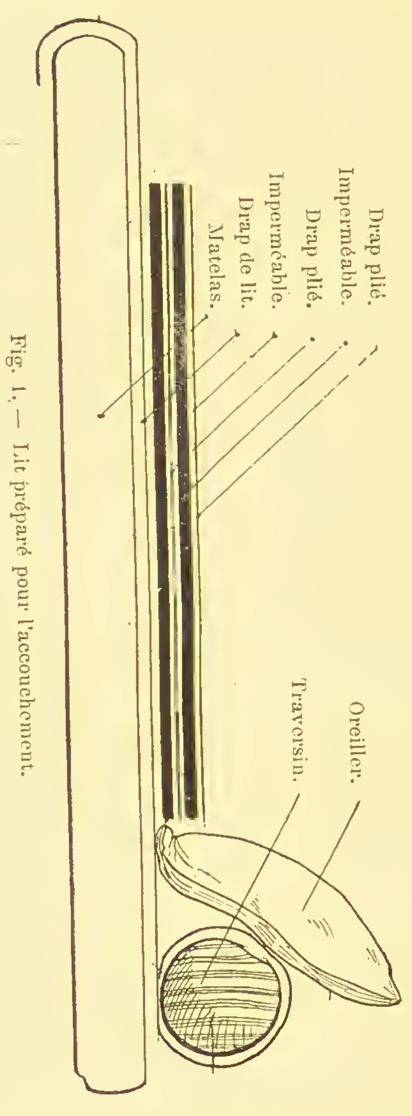



Fig. 1. — Lit préparé pour l'accouchement.

parant pour éviter les souillures de l'accouchement de la façon suivante (fig. 1) :

Il faudra recouvrir le lit de deux garnitures: l'une destinée aux suites de couches (garniture du post-partum), l'autre devant recevoir les souillures de l'accouchement (garniture de l'accouchement).

La première garniture se composera d'une toile cirée ou d'un caoutchouc, recouvrant la plus grande étendue du lit et placée au-dessus du drap inférieur ; par-dessus on mettra un drap plié en alèze.

Sur cette première garniture on mettra la seconde, qui se composera, comme la première, soit d'une toile cirée ou d'un caoutchouc ou plus simplement de papier d'emballage ; on peut encore faire usage de journaux qu'on étend sur le lit en les superposant. Cette deuxième garniture sera, comme la précédente, complétée par un drap plié en alèze, fixé par des épingles de sûreté, afin que la femme dans ses mouvements ne défasse pas le lit.

*Soins antiseptiques.* — A l'article *Antisepsie* sont indiquées les différentes solutions nécessaires pour les toilettes vulvo-vaginales : solution phéniquée à 1 : 0/0, solution de sublimé à 1 pour 4000, solution d'acide borique à 4 : 0/0.

Il est indispensable d'avoir un injecteur vaginal, une cuvette ovale pour recevoir le liquide des injections et un bassin roud en faïence, dit *bassin de malade*, pour les déjections de la patiente.

*Médicaments nécessaires.* — Pour le moment de l'accouchement, il faut avoir sous la main :

1° vaseline boriquée à 4 : 0/0 — 50 grammes ;

2° Seigle ergoté, soit en poudre, soit en solution d'ergotine (Yvon) ou d'ergotinine (Tanret), une dizaine de grammes ;

3° Du chloroforme ou bromure d'éthyle — 50 grammes, au cas où la malade désirerait l'anes-

thésie obstétricale ou s'il est nécessaire de l'endormir pour une intervention ;

4° Solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20, 10 grammes — pour appliquer sur la vulve pendant l'accouchement ou mieux pour calmer les douleurs vulvaires après la délivrance ;

5° Éther sulfurique ou solution de caféine pour injections sous-cutanées en cas de syncope ou d'hémorragie abondante.

| | | |
|---|---|---|
| Caféine | 3 | grammes |
| Benzoate de soude | 3 | — |
| Eau distillée | 10 | — |

Chaque seringue de Pravaz contient environ 0.30 de caféine. Dose : 1 à 4 seringues de Pravaz.

L'éther peut être donné à la dose de 1 à 10 seringues de Pravaz.

En outre, coton hydrophile 2 kilos pour la toilette au lieu d'éponges et pour appliquer sur la vulve pendant les suites de couches.

*Préparatifs pour l'enfant.* — Nous ne donnerons pas ici les détails de la layette, qui sont laissés aux soins de la mère, cependant il sera bon de prescrire spécialement :

Deux bandes, l'une de toile, l'autre de flanelle pour le pansement du cordon ;

Deux fils solides pour la ligature du cordon ;

Une grande cuvette ou petite baignoire pour laver l'enfant.

(Pour les instruments que le médecin doit avoir à sa disposition, voir l'article *Trousse de l'accoucheur.*)

Les préparatifs pour l'accouchement étant complets, nous arrivons à la conduite même à tenir pendant l'accouchement, conduite différente pendant la

période d'ouverture du col, et pendant la période d'expulsion.

*a) Période d'ouverture du col.* — Au début du travail, faire administrer un lavement simple ou glycériné, afin d'obtenir l'évacuation des matières fécales.

Toutes les quatre heures environ, donner une injection vaginale chaude (45°) avec une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 4000, à la dose de 2 litres environ; l'injection devra être complétée par un savonnage de la vulve.

Chez les femmes qui sont atteintes d'albuminurie ou chez celles qui supportent mal le bichlorure, on se servira soit d'une solution d'acide phénique à 1 : 0/0, soit d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000. — Le permanganate de potasse devra surtout être préféré dans le cas où on craint la présence du gonococcus; cet antiseptique paraissant le meilleur contre l'infection blennorragique.

Surveiller la réplétion vésicale et, si la miction est impossible spontanément, pratiquer le cathétérisme.

Alors que le diagnostic de la présentation et de la position est nettement établi par les moyens ordinaires, pratiquer le toucher toutes les heures chez les primipares et toutes les demi-heures ou plus souvent chez les multipares, pour suivre les progrès de la dilatation cervicale.

Pendant cette première période du travail, la femme peut conserver l'attitude qu'il lui plaît, soit debout, soit assise ou couchée, pourvu que la présentation soit normale et la poche des eaux intacte.

Quand il y a rupture prématurée des membranes ou présentation dystocique, il est nécessaire que la femme reste couchée.

L'accoucheur ne devra plus quitter une multipare

quand la dilatation est équivalente à une pièce de deux francs, et que les contractions utérines sont fortes et régulières.

Pour les primipares, l'accouchement étant beaucoup plus long en général, la présence définitive de l'accoucheur ne sera nécessaire que lorsque la dilatation est grande comme la paume de la main ; toutefois il faudra se méfier de certaines primipares dont l'accouchement est particulièrement rapide, circonstance qu'on prévoira alors que les premiers stades de la dilatation se sont accomplis avec une facilité exceptionnelle. Il sera bon de s'informer à cet égard de la rapidité de l'accouchement chez les ascendants de la parturiente, car on sait que l'hérédité joue un rôle important dans la rapidité de l'accouchement (voir mes *Travaux d'obstétrique*, 1889, t. I, p. 433).

b) *Période d'expulsion.* — Pendant les derniers temps de la dilatation, et surtout pendant la période d'expulsion, il faut ausculter tous les quarts d'heure le cœur fœtal (en dehors des contractions utérines qui ralentissent ou suppriment momentanément ses battements) de manière à intervenir, si la fréquence exagérée ou le ralentissement des pulsations inspirait des craintes pour la vie de l'enfant.

A partir de la dilatation complète, la femme devra rester étendue sur son lit dans la position qui lui agréera le mieux.

Aussitôt que la tête arrive à la vulve (primipare) ou qu'elle est dans son voisinage (multipare) la parturiente devra adopter une position définitive qu'elle conservera jusqu'à la fin de l'accouchement (à l'article *Périnée-déchirures*, les deux positions latérale et dorsale que la femme peut prendre à ce moment

sont indiquées avec tous les détails nécessaires ; qu'il nous suffise de dire ici qu'on devra en général adopter la position dorsale, schématiquement représentée par la figure 2).

Aussitôt que la tête franchit la vulve il faudra soutenir le périnée en se conformant aux principes qui sont donnés à l'article *Périnée-déchirures*.

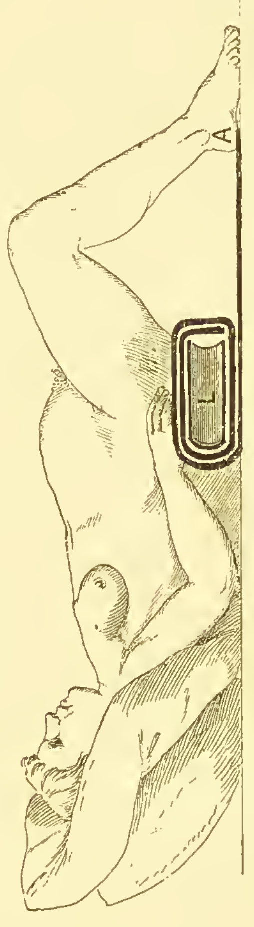


Fig. 2. — Femme en position dorsale, avec le siège soulevé pour l'expulsion de l'enfant. L, livre entouré d'un drap qui se termine en A sous les talons.

**2° Conduite à tenir dans chaque présentation en particulier.**

*a) Présentation du sommet.* — Les conseils à donner relativement à l'accouchement par le sommet concernent la rotation interne de la tête, son dégagement et enfin le dégagement du tronc.

*Rotation interne de la tête.* — Dans le cas d'O. I. G. A. ou d'O. I. D. A. la rotation en O. Pub. s'accomplit sans peine ; — il n'en est pas de même dans beaucoup des O. I. G. P ou O. I. D. P. où la rotation se fait avec difficulté ou même a lieu en O. Sacrée. — L'accoucheur devra dans ces positions postérieures faciliter autant que possible la rotation en avant, alors que les trois conditions suivantes existent :

Dilatation complète.

Flexion prononcée de l'ovoïde céphalique.

Sommet de la tête appuyant sur le périnée.

Si on veut intervenir avant que les progrès de l'accouchement aient réuni les trois conditions qui précèdent, on s'exposera à un échec.

On pourra aider la rotation interne avec les doigts ou le forceps, je ne parle pas du levier, qui est actuellement délaissé.

*Doigts.* — Glisser l'index et le médius de la main droite sur la bosse frontale, qui se trouve derrière le pubis, et la repousser en arrière dans la direction voulue, pour ramener par le chemin le plus court l'occiput en avant.

*Forceps.* — Quand la rotation ne peut se faire à l'aide des doigts et qu'il y a indication de terminer l'accouchement, on appliquera le forceps; pour faire l'extraction on imprimera préalablement à la tête un mouvement de rotation qui la ramène en O. Pubienne.

*Dégagement de la tête.* — La règle est que le dégagement de la tête se fasse en O. P., mais d'une façon exceptionnelle elle pourra avoir lieu en O. Sacrée.

Dans le dégagement en O. P. on maintiendra le périnée et la partie fœtale comme il est indiqué à l'article *Périnée-déchirures*, en ayant soin que le mouvement de charnière de la tête s'accomplisse à l'union du cou et de l'occiput, car si la tête se défléchit avant l'arrivée de ce point sous la symphyse pubienne, la distension imposée à la vulve sera plus considérable.

Quand le dégagement a lieu en O. Sacrée, la tête et le périnée seront soutenus d'une façon analogue, mais en ayant soin d'imiter artificiellement le dé-

gagement en O. S. et de ralentir autant que possible la sortie de la partie fœtale, pour éviter les déchirures du périnée, si fréquentes en pareil cas.

Dans le dégagement de la tête en O. P. ou en O. S. il n'y a lieu d'intervenir par une application de forceps que dans les trois conditions suivantes :

1° *Danger maternel.* — Syncope. Accès d'éclampsie. Hémorragie. Fatigue excessive. Elévation de la température à 39°-40°.

2° *Danger fœtal.* — Accélération ou ralentissement notable des bruits du cœur.

3° *Arrêt de l'accouchement.* — Causé soit par l'inertie de l'utérus, soit par la résistance excessive du périnée. — L'indication est alors donnée par l'arrêt dans la progression fœtale.

*On est autorisé à appliquer le forceps quand, pendant la période d'expulsion, la tête est restée pendant deux heures au même point de la filière génitale* (principe bien différent de celui qui indique d'avoir recours à l'application du forceps, quand l'expulsion n'est pas terminée deux heures après la dilatation complète).

Lorsqu'en effet la tête fœtale comprime pendant plus de deux heures les mêmes points des tissus maternels, elle expose à la gangrène consécutive et aux fistules (surtout fistules vésico ou urétro-vaginales) qui peuvent en résulter.

Que la tête sorte spontanément ou à l'aide du forceps, aussitôt qu'elle est dégagée il faut avoir soin de nettoyer la bouche de l'enfant avec le doigt coiffé d'un linge, afin d'enlever les mucosités, qui sont dans la bouche et l'arrière-gorge et qui pourraient pénétrer dans la trachée à la première inspiration.

Aussitôt après, on glissera l'index le long du cou du fœtus afin de s'assurer qu'il n'existe pas de *circu-*

*laires du cordon.* — Si le doigt en rencontre un, il faut le dégager soit en le faisant passer par-dessus la tête, soit en le faisant glisser sur les épaules; s'il est trop serré, on sectionne la tige funiculaire, soit entre deux ligatures, soit entre deux pinces à forcipressure, ou si le temps presse, sans aucune précaution hémostatique, après quoi on termine rapidement l'accouchement.

*Dégagement du tronc.* — Aussitôt que la tête est dégagée, il importe de la soutenir à l'aide d'une main, sans quoi obéissant à la pesanteur elle gagne le plan du lit.

Sous l'influence de la contraction utérine, la rotation externe de la tête s'opère et on va présider au dégagement des épaules.

Ce dégagement des épaules ne se fait pas d'une façon constamment la même, tantôt c'est l'épaule postérieure qui se dégage la première, tantôt au contraire l'antérieure.

La conduite à tenir au moment de ce dégagement est la suivante : si une main se présente à la vulve, on la saisira et on l'attirera au dehors, dégageant ainsi l'épaule correspondante ; puis après cette épaule, on amènera sans difficulté celle du côté opposé. — Si aucune main ne se présente à la vulve on verra par l'attitude du fœtus quelle est l'épaule qui tend à sortir la première : si c'est l'antérieure, on attirera la tête du fœtus en arrière de manière à la dégager, après quoi, relevant la tête, on dégagera à son tour l'épaule postérieure. Si c'est l'épaule postérieure qui tend à sortir la première, on agira sur le fœtus en conséquence, d'abord en relevant la tête, puis en l'abaissant après le dégagement de l'épaule postérieure.

Pendant le dégagement des épaules, il faut avoir

soin de laisser une main appliquée sur le périnée, de manière à éviter l'excès de distension que le fœtus imprime aux parties maternelles. C'est souvent, en effet, au moment du passage des épaules ou des coudes accolés au thorax, que se produisent ou s'étendent les déchirures du périnée.

Aussitôt les épaules et les bras sortis, le dégagement du reste du tronc s'opère sans difficulté.

*b) Présentation de la face.*

*Période d'ouverture du col.* — Pendant cette période différents moyens ont été proposés pour convertir la présentation de la face en présentation du sommet; ces diverses méthodes seront examinées à propos de la présentation du front.

En général, à moins d'une grande habitude des manœuvres obstétricales, mieux vaut ne pas intervenir dans cette première période et laisser l'accouchement se terminer en face.

*Période d'expulsion.* — Quand, à la dilatation complète, la tête reste mobile au détroit supérieur sans tendance à l'engagement, on tentera la version podalique par manœuvres internes, qui réussira d'autant plus facilement, qu'il y aura moins de liquide amniotique d'écoulé.

Si la tête est fixée ou engagée, on se comportera comme dans une présentation du sommet; toutefois la rotation du menton en avant, comme nous allons le voir, est indispensable pour la terminaison de l'accouchement.

Alors que la face se présente en M. I. G. A. ou M. I. D. A., la rotation du menton en avant se fait spontanément et sans difficulté; il n'en est pas de même quand le menton se trouve en arrière en M. I.

D. P. ou M. I. G. P., il faut, en pareil cas, faciliter la rotation soit avec le doigt, soit avec le forceps, car, si le menton se place en arrière (M. S.), l'accouchement devient impossible et ne peut, sauf rares exceptions, se terminer que par l'embryotomie.

Pour faciliter cette rotation, alors que la dilatation est complète et la tête arrivée à la partie inférieure de l'excavation, on introduit l'index dans la bouche de l'enfant et à chaque contraction utérine, on imprime un mouvement de rotation en avant.

Si la rotation ne peut s'accomplir avec le doigt, on fait usage du forceps; l'instrument, appliqué sur la tête en position vicieuse, ramènera le menton en avant par un mouvement de rotation approprié.

Dans les cas où cette rotation demeure impossible et où l'accouchement trop longtemps abandonné à lui-même, a abouti à l'enclavement de la tête en M. S., la seule ressource pour délivrer la femme est de recourir au broiement (voir *Embryotomie*).

Quant au dégagement normal de la tête en M. P., la conduite à tenir, au point de vue du périnée et de la tête, est analogue à celle qui a été tracée pour la présentation du sommet.

c) *Présentation du front.*

*Pendant la grossesse.* — Dans les quinze derniers jours de la grossesse, si on constate une présentation du front, on appliquera un bandage de corps avec tampon d'ouate exerçant une compression sur l'occiput ou on fera encore usage de la ceinture obstétricale (voir *Versions*) en gonflant surtout le coussin de caoutchouc qui correspond à l'occiput. — Grâce à cette contention du fœtus on obtient souvent l'engagement normal en présentation du sommet.

*Pendant le travail*, l'indication varie suivant que la tête est au détroit supérieur, dans l'excavation ou sur le périnée.

1° *Tête au détroit supérieur.* — Avant la dilatation complète, on a tenté de transformer le front en face ou en sommet, à l'aide de manœuvres ou du levier.

C'est ainsi que Baudelocque a conseillé d'entourer l'occiput avec les quatre derniers doigts de la main et de fléchir la tête en agissant sur la région occipitale.

Mme Lachapelle pratiquait la même manœuvre ; mais, alors qu'elle échouait, elle allait accrocher le menton pour défléchir la tête.

Ces deux procédés de Baudelocque (flexion) et de Mme Lachapelle (déflexion) résument la plupart des moyens qui consistent en manœuvres internes.

Schatz a essayé de fléchir la tête en agissant par des manœuvres externes. Dans ce but, pendant qu'un accoucheur soulève le fœtus au niveau des épaules, l'autre exerce une vigoureuse pression dans la direction de l'occiput pour fléchir la tête.

Au lieu des manœuvres dont il vient d'être question, on a fait usage du levier en introduisant la cuiller de l'instrument sur l'occiput et en exerçant des pressions dans la direction voulue pour produire la flexion.

Toutes ces tentatives, très rationnelles en elles-mêmes et très défendables, peuvent réussir et ont souvent réussi entre les mains de spécialistes expérimentés ; mais nous n'en conseillons pas l'emploi aux médecins qui ne font de l'obstétrique que d'une façon accidentelle et qui risqueraient, en les tentant, d'entraver l'accouchement plus qu'ils ne l'aideraient. Pour eux, il sera plus sage d'attendre la dilatation

complète et d'agir à ce moment, comme nous allons l'indiquer.

*A la dilatation complète*, les moyens qui peuvent être employés sont la *version*, le *forceps* et l'*embryotomie*.

La *version* sera indiquée alors que la tête est encore mobile au détroit supérieur, que la poche des eaux est intacte ou récemment rompue, sans qu'il existe de rétraction utérine, et quand enfin le fœtus est vivant. — Elle sera faite en se conformant aux préceptes classiques de cette opération.

On préférera le *forceps* à la version, quand la tête est fixée au détroit supérieur ou légèrement engagée, que la poche des eaux est rompue depuis un certain temps (nous admettons toujours l'enfant vivant, sans quoi l'embryotomie serait d'emblée préférable). — Le forceps devra être appliqué de l'occiput à la face, s'il s'agit d'une présentation transversale, sinon il sera placé sur les bosses pariétales. — Il faudra autant que possible, en appliquant le forceps, tâcher de fléchir la tête. — Dans les cas où le bassin s'oppose à la descente de l'extrémité céphalique, on pourra (l'enfant étant vivant) avoir recours à la symphyséotomie.

Quand le fœtus est mort ou quand, avec un enfant vivant, il y a contre-indication à la symphyséotomie combinée à la version ou au forceps, on aura recours à l'*embryotomie*.

2° *Tête dans l'excavation*. — Lorsque la tête est descendue dans l'excavation, la version devient naturellement contre-indiquée, et, s'il y a lieu d'intervenir (c'est-à-dire quand le fœtus est arrêté dans sa progression, ou s'il y a danger pour la mère ou le fœtus), on fera une application du forceps, complétée, si les tractions restent sans succès, par la sym-

physéotomie. — Alors que l'enfant est mort la seule ressource thérapeutique est l'embryotomie.

3° *Tête sur le périnée.* — Quand la tête est arrivée sur le périnée, la conduite sera la même que celle qui vient d'être précédemment tracée pour l'excavation; toutefois le défilé osseux se trouvant franchi, il n'y aura plus lieu de songer ni à la symphyséotomie, ni à l'embryotomie.

*d) Présentation du siège.* — La conduite à tenir doit être examinée pendant la grossesse et le travail.

*Grossesse.* — Toutes les fois qu'un mois avant terme, chez une primigeste, ou quinze jours chez une multigeste, on constate, avec une grossesse simple, une présentation du siège, il y a lieu de tenter la version céphalique par manœuvres externes.

Cette version ne sera pas toujours praticable, notamment quand le siège est engagé; mais il faudra toujours la tenter, quitte à l'abandonner si elle se montre impossible.

*Travail.* — La conduite à tenir pendant le travail est différente suivant que le siège est décomplété, mode des fesses, ou présente une des trois autres variétés :

1° *Siège complet et décomplété : mode des genoux et des pieds.*

*Période d'ouverture du col.* — Alors que la poche des eaux est intacte et la partie fœtale mobile au détroit supérieur, on tentera dans l'intervalle des contractions la version céphalique par manœuvres externes; si la poche des eaux est rompue, on pourra s'aider dans le même but de manœuvres mixtes, c'est-à-dire de manœuvres internes et externes (voir *Versions*).

En pareil cas, quand la version ne s'accomplit pas facilement, mieux vaut ne pas insister trop longtemps, sans quoi on s'exposerait à convertir le siège en présentation du thorax et à obtenir ainsi un but absolument contraire à celui qu'on recherche.

*Période d'expulsion.* — Trois points dominent et résument la conduite à tenir pendant cette période :

1. *Placer la femme dans la position obstétricale ;*

2. *Ne jamais intervenir, à* MOINS DE COMPLICATIONS, *pour la sortie de l'ovoïde cormique ;*

3. *Toujours ou presque toujours intervenir pour la sortie de l'ovoïde céphalique.*

1. *Placer la femme dans la position obstétricale*, c'est-à-dire en travers du lit, chaque jambe soutenue par un aide. Cette position devra être prise, non tout à fait au début de la période d'expulsion, mais alors que le siège arrive au voisinage de l'orifice vulvaire.

2. *Ne jamais intervenir, à* MOINS DE COMPLICATIONS, *pour la sortie de l'ovoïde cormique.* — Alors qu'un membre pelvien arrive à la vulve, la tentation est grande d'exercer sur lui des tractions, afin de terminer au plus vite l'accouchement. Pareille manœuvre est des plus fâcheuses, car accélérer la sortie de l'ovoïde cormique, c'est augmenter les difficultés de la sortie de l'extrémité céphalique ; en tirant sur le tronc on s'expose en effet au relèvement des bras, à la déflexion de la tête et en précipitant l'accouchement on entrave la dilatation complète du col utérin, qui, par la suite, s'oppose à la sortie de la tête.

Loin d'aider à la sortie du tronc, il vaudrait mieux la ralentir, ce serait la meilleure manière de rendre l'accouchement eutocique.

Dans le cas où les bras se sont relevés le long de la tête, il est indispensable de les abaisser artifi-

ciellement (voir à cet égard l'article *Extraction manuelle*).

3. *Toujours ou presque toujours intervenir pour la sortie de l'ovoïde céphalique.*— D'une façon générale, quelle que soit la présentation, nous savons que la sortie de l'extrémité céphalique est toujours plus difficile que celle de l'ovoïde cormique; cette règle s'applique également aux présentations du siège. — Aussi, dans cette présentation les difficultés commencent en général au moment où, le tronc étant sorti, il s'agit d'amener la tête au dehors. — L'accoucheur devra cependant prendre une détermination rapide, sinon en quelques secondes le fœtus va succomber.

En pareil cas, l'extraction de la tête devra être faite à l'aide de la *manœuvre de Mauriceau*, qu'on peut formuler de la façon suivante :

*Appliquer deux doigts dans la bouche, l'autre main à cheval sur le cou du fœtus, ramener le menton en arrière en fléchissant la tête, pratiquer l'extraction en faisant exécuter un mouvement de charnière par lequel le sillon occipito-cervical du fœtus tourne autour de la symphyse pubienne de la mère.*

La manœuvre de Mauriceau doit primer toutes les analogues, qu'on a conseillées dans le même but, et qui lui sont, sans contredit, inférieures.

En cas de disproportion entre le fœtus et la filière génitale, on aura recours soit à l'embryotomie si le fœtus est mort, soit à la symphyséotomie s'il est vivant.

Les indications du forceps sur la tête dernière seront examinées à l'article *Forceps*, nous pouvons cependant dire ici que cet instrument n'est réellement utile sur la tête dernière que lorsque l'obstacle est constitué par les parties molles, la symphyséo-

tomie et l'embryotomie étant seules capables de lutter avec efficacité contre l'obstacle osseux.

2° *Siège décomplété : mode des fesses.*

Dans le cas de siège décomplété, mode des fesses, les membres pelviens se trouvent relevés le long du plan antérieur du fœtus, les pieds arrivant au voisinage de la face. L'accouchement avec cette variété de présentation peut se faire sans difficulté, alors que le fœtus est petit, et les parties molles de la mère complaisantes. Dans les circonstances contraires, l'engagement du siège s'accomplit facilement jusqu'au niveau du périnée ; mais, à partir de ce moment, la progression fœtale s'arrête ; or, en pareille situation, l'accoucheur se trouve fort embarrassé, car la présentation est telle qu'il ne peut facilement abaisser un membre pelvien et que, d'autre part, le forceps ayant peu de prise sur cette partie fœtale, l'extraction présente des difficultés notables.

En pareil cas, on peut agir de deux façons :

1. soit préventivement par l'abaissement préalable d'un pied ;

2. soit curativement, à l'aide des crochets, des lacs ou du forceps.

1. *Abaissement préventif d'un pied.* — Cet abaissement qui transforme le siège décomplété, mode des fesses, en siège mode des pieds, peut être exécuté facilement lorsque, la partie fœtale étant peu engagée, la dilatation est suffisante pour l'introduction de la main.

Alors que le fœtus est petit, on pourra encore réussir avec un engagement relativement prononcé.

Dans l'un et l'autre cas, on l'exécutera de la façon suivante : la main étant introduite dans l'utérus, la paume en rapport avec la cuisse du

fœtus, on repoussera cette cuisse en arrière, de manière à exagérer sa flexion, on ira ensuite à la recherche du pied correspondant qu'on abaissera, et qu'on amènera à l'orifice utérin; puis, continuant les tractions, on attirera tout le membre pelvien dans le vagin.

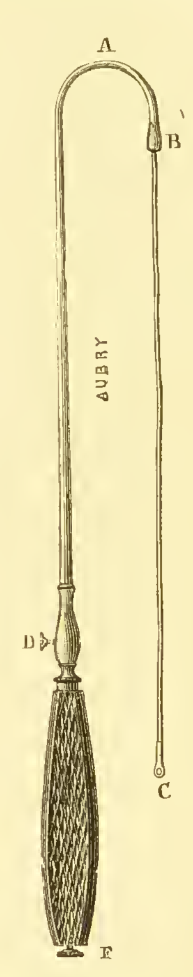


Fig. 3. — Crochet porte-lacs de M. Olivier.

A ce moment, la présentation du siège, mode des fesses, est transformée en décomplétée mode des pieds.

Le membre étant ainsi abaissé, on abandonnera, à moins d'indications spéciales, l'accouchement aux forces naturelles, en se réservant d'intervenir s'il y a nécessité.

D'une façon générale, cet abaissement devra être tenté aussitôt qu'il est possible; il faudra encore l'essayer quand la partie fœtale est notablement engagée, et ce n'est que dans les cas rares où on échoue en le tentant, qu'on aura recours à un des moyens suivants :

2. *Emploi des crochets, lacs ou forceps :*

*Crochets.* — L'index ayant accroché l'aine antérieure, on pourra s'en servir comme d'un crochet pour attirer le siège du fœtus.

Parmi les nombreux crochets qu'on a préconisés alors que les doigts sont insuffisants, nous mentionnerons le crochet porte-lacs de M. Olivier, représenté par la figure ci-contre (fig. 3).

A l'aide de ce crochet qui, par son principe, rappelle la sonde de Belloc, on peut passer un lacs autour d'une des cuisses et avoir ainsi un solide point d'appui pour les tractions à exercer.

Le crochet étant fixé à une des cuisses, on repousse la baleine qui circule dans son intérieur, et dont l'extrémité C arrive au dehors. On fixe à cette extrémité un lacs, on retire la baleine et après elle le crochet, de telle sorte que le lacs se trouve ainsi placé.

*Lacs.* — Le lacs, c'est-à-dire un lien quelconque pourra être passé autour d'une des cuisses ou à l'aide des doigts ou du crochet dont il vient d'être question.

*Forceps.* — Le forceps est susceptible de s'adapter au siège, les cuillers étant appliquées sur les trochanters; mais la saisie qu'on peut exercer avec cet instrument n'est jamais très solide ou sinon expose à des lésions de la partie fœtale.

Aussi, laissant de côté le forceps qui ne pourra s'appliquer qu'à des cas exceptionnels, on aura recours, dans le cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses, alors que l'abaissement d'un pied est impossible, à l'usage des doigts repliés en crochet sur la cuisse, ou d'un lacs passé autour de l'une des cuisses à l'aide d'un crochet instrumental; mais il vaudra mieux accorder, en principe, toute sa confiance à l'abaissement préventif ou curatif d'un membre pelvien.

*e) Présentation du thorax.*

*Grossesse.* — Toutes les fois qu'un mois avant l'accouchement chez les primigestes ou quinze jours chez les multigestes, on constate une présentation

du thorax, il faut faire la version céphalique par manœuvres externes et maintenir la présentation ainsi créée, à l'aide d'un bandage de corps ou d'une ceinture eutocique.

*Travail. — Période d'ouverture du col : si la poche des eaux est intacte*, on pourra, dans l'intervalle des contractions, tenter la version céphalique par manœuvres externes ; *si la poche des eaux est rompue*, on aura de préférence recours à des manœuvres mixtes, c'est-à-dire à la fois internes et externes, et on pratiquera soit la version céphalique, soit la version pelvienne, mais de préférence la première.

*Période d'expulsion.* — Aussitôt la dilatation complète, recourir à la version podalique par manœuvres internes. — Ne jamais compter sur l'évolution spontanée à moins d'avortement. — Quand cette variété de version est impossible (voir les contre-indications à l'article *Version*), pratiquer l'embryotomie, qui consistera généralement dans la section du cou ou, si l'engagement est très prononcé, dans l'éviscération. (Voir l'article *Embryotomie*.)

*f) Présentation de l'abdomen.* — La conduite à tenir dans la présentation de l'abdomen est la même que pour la présentation du thorax, avec cette différence toutefois que, si l'embryotomie devient nécessaire, ce n'est plus la section du cou qu'il faut pratiquer mais la rachitomie ou l'éviscération.

## ACCOUCHEMENT FORCÉ.

Sous le nom d'*accouchement forcé* on désigne l'extraction manuelle ou instrumentale du fœtus, avant que l'ouverture du col ne soit suffisante pour son passage.

INDICATIONS.

*Pendant la vie de la femme*, l'accouchement forcé devra être évité autant que possible, car il expose à des déchirures plus ou moins étendues du col utérin, qui, remontant jusqu'au corps se transforment en ruptures et placent, par conséquent, la femme en danger de mort. — Toutefois, s'il s'agit d'une éclampsie grave ou d'un placenta prævia avec hémorragie incoercible, de mort imminente du fœtus, alors que la dilatation déjà avancée n'est pas tout à fait complète, on pourra y avoir recours ; mais cette opération devra toujours rester parmi les interventions d'exception.

*Après la mort de la femme*, au contraire, quand cette mort a été rapide et que l'enfant viable est encore vivant dans la cavité utérine, on pourra avec succès tenter d'accomplir l'accouchement forcé, qui, dans ce cas, est relativement facile et donne de bons résultats. — Il doit être, en général, préféré à l'opération césarienne *post mortem*.

L'accouchement forcé peut être **instrumental** ou **manuel** :

**Instrumental**. — Il faut que l'ouverture du col soit suffisante pour permettre l'introduction soit du forceps, quand on veut extraire le fœtus vivant, soit de l'embryotome, quand on se décide à la mutilation de l'enfant. — Les tractions exercées sur la partie fœtale amènent l'ouverture du col jusqu'au degré nécessaire pour l'accouchement.

**Manuel**. — Avec ce procédé l'accouchement forcé peut être pratiqué à une période quelconque de la dilatation, voire même avant le début du travail, la main étant chargée d'ouvrir le col. — On procède de la façon suivante : la femme étant placée en position

obstétricale, la main droite ayant été préalablement introduite dans le vagin, on insinue dans le col successivement un, deux, trois, quatre doigts, jusqu'à ce que toute la main pénètre dans l'utérus; cette opération, après la mort, se pratique avec une facilité surprenante. — On va saisir un pied du fœtus, et on accomplit l'extraction par le siège, après version interne, si elle est nécessitée par la présentation. — Pendant toute l'intervention, la main gauche doit être placée sur le fond de l'utérus pour le maintenir.

**ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.**

Pour l'accouchement de chacun des deux enfants,

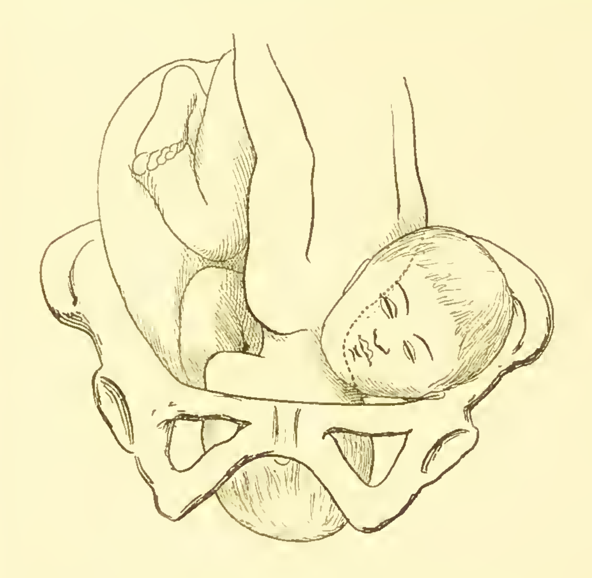


Fig. 4. — Accrochement des deux fœtus (Jacquemier), accrochement de l'épaule.

on se conformera aux principes qui ont été donnés à propos de l'accouchement simple, car en dehors des

cas de dystocie, l'accouchement gémellaire n'est autre chose que l'accouchement successif de deux enfants.

Parmi les divers obstacles, qui peuvent survenir pendant l'accouchement gémellaire, le plus fréquent et le plus important est constitué par l'accrochement des deux têtes ainsi que l'indiquent les deux figures ci-jointes 4 et 5.

Dans le cas représenté par la figure 4, on tentera d'abord de libérer l'épaule, d'extraire par le forceps l'enfant qui se présente par le sommet, et, si l'on échoue, on aura recours soit à l'embryotomie céphalique du fœtus vertical soit à la décollation du fœtus horizontal.

Dans le cas représenté par la figure 5, on essaiera

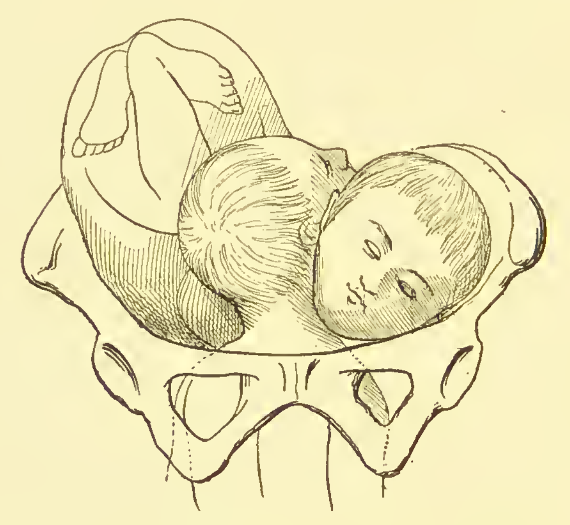


Fig. 5. — Accrochement des deux fœtus (Pénard), accrochement du menton.

d'abord de libérer avec la main la tête du fœtus engagé, et, si on échoue, on fera la décollation de

l'un ou de l'autre fœtus, pour permettre l'extraction successive des deux enfants.

La conduite à tenir au point de vue de la délivrance est la même qu'après un accouchement simple; toutefois, après la sortie du premier enfant, il faut avoir soin de lier le bout maternel et le bout fœtal du cordon, de façon à éviter l'écoulement de sang provenant du deuxième fœtus, au cas où il y aurait circulation placentaire commune.

**ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.**

L'accouchement prématuré, c'est-à-dire celui qui survient pendant les trois derniers mois de la grossesse, sera traité comme l'*avortement* (voir cet article). Comme pour lui il existe un traitement prémonitoire, curatif, prophylactique.

Nous n'avons rien à modifier à ce qui est dit aux traitements prémonitoire et prophylactique à propos de l'avortement.

Quant au traitement curatif, c'est-à-dire quant aux difficultés qui peuvent surgir pour la sortie du fœtus ou des annexes, la conduite à tenir n'est plus celle qui a été exposée pour l'avortement, mais celle qui a été examinée à propos de *l'accouchement et de la délivrance.* — On trouvera, à ces deux articles, les conseils relatifs à la conduite à tenir en pareil cas.

**ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ.** (Voir *Expulsion provoquée.*)

**ALBUMINURIE GRAVIDIQUE.**

L'albuminurie doit être soigneusement recherchée

pendant tout le cours de la grossesse et énergiquement traitée, étant donné qu'elle prédispose parfois à la mort du fœtus, souvent à l'hémorragie de la délivrance et surtout à l'éclampsie.

La base du traitement consiste dans l'administration du *régime lacté exclusif;* tout aliment autre que le lait doit être proscrit, car, s'il y a mélange du lait et des aliments ordinaires, les résultats obtenus sont à peu près nuls.

La femme pourra prendre autant de lait qu'elle le désire, en moyenne de trois à cinq litres par jour ; elle le coupera d'eau de Vichy, de Vals ou de Châtel-Guyon.

En même temps que le régime lacté, on prescrira l'usage de grands bains simples, quotidiens ou tous les deux jours, d'une durée de 45 minutes à 1 heure environ. Après les bains on fera faire sur les membres et la région lombaire une friction avec de l'alcool ou du baume de Fioraventi.

Tous les deux ou trois jours, on administrera un laxatif ou un purgatif léger.

Quand le régime lacté ne peut être supporté, il faudra se borner à l'usage des bains et des purgatifs, en insistant surtout sur les grands bains prolongés et les frictions cutanées.

Dans certains cas les inhalations d'oxygène ont paru donner d'assez bons résultats, ainsi que l'usage prolongé du chloral en lavement.

## ALLAITEMENT.

L'allaitement peut-être fait :

par la mère,

par une nourrice,

par un animal,
ou être artificiel.

Nous allons examiner successivement ces divers modes d'allaitement.

1° Allaitement maternel. — Quand la mère se décide à nourrir son enfant, il est bon que, pendant le dernier mois de sa grossesse, elle fasse des lavages quotidiens des bouts de sein avec de l'eau-de-vie pure ou additionnée d'un peu d'eau ; elle exercera en même temps des tractions sur le mamelon afin de lui donner une bonne conformation et le préparer aux traumatismes de la succion.

Le premier jour consécutif à l'accouchement, on mettra l'enfant une fois seulement à chaque sein;

Le deuxième jour deux tétées à chaque sein ;

Le troisième jour trois tétées à chaque sein.

A partir du quatrième jour, on réglera les tétées de la façon suivante :

*Premier semestre :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trois premiers mois | Le jour, une tétée toutes les deux heures. | | |
| | La nuit | — | quatre heures. |
| Trois mois suivants | Le jour, une tétée toutes les trois heures. | | |
| | La nuit. | — | six heures. |

*Second semestre :*

Le jour une tétée toutes les trois heures, remplacer une ou deux tétées par une soupe.

La nuit, une seule tétée, qu'on peut même arriver à supprimer.

*Troisième semestre :*

Le jour, une tétée toutes les trois heures ; en rem-

placer deux à trois par des aliments, qui seront indiqués ultérieurement.

Supprimer les tétées la nuit.

L'abondance du lait ingéré à chaque tétée doit être :

| | | |
|---|---|---|
| 1er mois | 60 gr. | par tétée |
| 2e mois | 75 | — |
| 3e mois | 90 | — |
| 4e mois | 105 | — |
| 5e mois | 120 | — |
| 6e mois | 135 | — |
| A partir du 7e mois | 150 | — |

Ces chiffres représentent, naturellement, des moyennes qui seront souvent dépassées au moins dans les premiers mois.

*Les difficultés et complications* peuvent provenir du mamelon ou de la glande elle-même.

Du côté de la glande : c'est l'insuffisance de la sécrétion lactée, de telle sorte que la quantité de lait est inférieure à celle dont l'enfant a besoin pour se nourrir. — En pareil cas, on aura recours aux galactagogues (sirop de galéga, électricité); si la sécrétion lactée reste insuffisante, il sera indispensable soit de donner, en dehors des tétées, du lait à l'enfant (lait d'ânesse au début, plus tard lait de vache autant que possible stérilisé), soit de cesser l'allaitement maternel pour prendre une nourrice.

Les complications qui surviennent du côté du mamelon sont la mauvaise conformation et les gerçures.

Le mamelon est mal conformé quand il est aplati ou ombiliqué ou ne fait qu'une légère saillie à la surface du sein ; en pareil cas on exercera des

tractions pour tâcher de le développer ou on se servira d'une des téterelles, qui vont être indiquées.

En cas de gerçures ou de crevasses, sans s'attarder aux médications très nombreuses qu'on ne manquera pas de conseiller dans l'entourage de l'accouchée, on aura recours, de suite et avant que l'affection ne s'aggrave, aux deux moyens suivants :

1° *Emploi d'une téterelle.* — Si l'enfant est fort et vigoureux, on se servira du simple bout de sein en verre avec tétine en caoutchouc : téterelle du docteur Bailly (fig. 6).

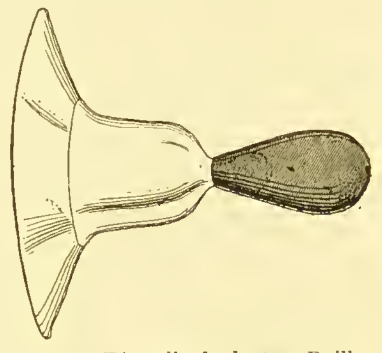


Fig. 6. — Téterelle du docteur Bailly.

Mais si, au contraire, il ne suce pas avec énergie ou dans les cas où le lait vient difficilement, il sera bon de se servir de ma téterelle biaspiratrice (fig. 7) qui permet à la mère d'amener le lait dans la cupule à l'aide de la succion, de telle sorte qu'à son tour l'enfant n'a qu'un faible effort à exécuter pour attirer le lait jusqu'à sa bouche.

2° *Pansement antiseptique*, à faire sur les bouts de sein dans l'intervalle des tétées, soit avec des compresses imbibées d'alcool, soit avec une solution saturée d'acide borique.

L'usage combiné de ces deux moyens devra être continué jusqu'à ce que la gerçure soit bien fermée ; à ce moment seulement on pourra reprendre l'allaitement direct.




Fig. 7. — Téterelle biaspiratrice (Auvard).

S'il survient un phlegmon ou un abcès du sein, voir l'article *Sein* (phlegmon et abcès).

La *direction générale de l'allaitement* sera fixée de la façon suivante :

Premier semestre : l'enfant prendra exclusivement le lait de sa mère.

Deuxième semestre : pendant le second semestre, tout en continuant l'usage du lait maternel, on fera prendre à l'enfant soit des panades, soit des bouillies, soit des potages lactés à l'arrow-root ou au sagou.

Troisième semestre : aux aliments qui ont été indiqués tout à l'heure, on pourra ajouter les œufs, les potages gras, le pain imbibé de jus de viande.

*Le sevrage*, c'est-à-dire la cessation de l'allaitement, devra, autant que possible, n'avoir lieu que vers 18 mois, bien que souvent les mères avancent notablement cette époque. — Il suffira pour l'accomplir de priver l'enfant du sein tout en continuant le reste de l'alimentation auquel il est habitué. — La mère prendra pendant quelques jours des laxatifs destinés à agir comme dérivatifs de la sécrétion lactée.

2° Allaitement par une nourrice. — L'allaitement par une nourrice devra être préféré, quand il y a contre-indication à l'allaitement maternel.

Ces contre-indications sont : l'état de faiblesse prononcé, l'existence de maladies, telles que tuberculose, maladies du cœur, albuminurie, cancer, complications aiguës survenant pendant les suites de couches, phlegmon et abcès du sein, nervosité très prononcée de la femme, caractère bizarre, enfin toute maladie nerveuse ou névrose (épilepsie).

Le choix d'une nourrice ne peut être fait que par un médecin, lui seul étant capable de prononcer sur la santé de la femme que l'on choisit.

La nourrice devra être autant que possible âgée de 30 à 35 ans, multipare, accouchée au moins depuis un mois s'il s'agit d'un nouveau-né et, s'il s'agit d'un enfant plus âgé, l'âge du lait devra se rapprocher autant que possible de celui de l'enfant.

Par un examen attentif on s'assurera que tous les organes sont normaux, notamment le cœur et les poumons.

On interrogera cette femme sur ses antécédents, car des parents morts de tuberculose empêcheraient de la choisir.

On recherchera par l'examen de la bouche, des ganglions du cou, de ceux de l'aine et au besoin par celui de la vulve, si cette femme n'est pas atteinte de syphilis.

On fera dans le même but l'examen de l'enfant, complètement déshabillé ; cet examen a également pour objectif de s'assurer des qualités de la mère comme nourrice. Un bel enfant annonce en général une bonne nourrice.

Enfin, dans l'examen de la nourrice, il faut porter une attention toute spéciale à l'exploration des seins. Il ne suffit pas d'inspecter la poitrine et de se rendre compte du volume des mamelles pour se prononcer sur la valeur des seins, car on voit parfois des nourrices chez lesquelles il y a un développement très prononcé des mamelles et qui néanmoins ont peu de lait. — Il faut palper la glande à travers la peau, s'assurer ainsi qu'elle est bien développée et qu'il n'existe qu'une petite quantité de tissu cellulaire ; il faudra ensuite,en pressant la base du mamelon,faire par un mouvement spécial,sourdre le lait et s'assurer qu'il vient facilement et en abondance.

Toutes les analyses ou examens du lait à la vue,

qu'on a préconisés et que les familles demandent quelquefois, ne sont pour ainsi dire d'aucune utilité. *Le lait ne se juge que par la manière dont se porte l'enfant allaité.*

L'allaitement par une nourrice sera d'ailleurs réglé exactement, comme lorsqu'il est fait par la mère.

Le médecin est souvent interrogé sur l'alimentation et la boisson qui conviennent le mieux à la nourrice. — La meilleure nourriture est celle dont elle a l'habitude. — Laissez donc cette femme manger les aliments qui lui conviennent, en évitant de la bourrer de viandes et de mets réputés fortifiants. Comme boisson, donnez-lui également celle dont elle a l'habitude, mais en réglant la quantité de vin qu'elle doit prendre en 24 heures de manière à éviter les excès. — On ne permettra la bière qu'aux nourrices qui l'aiment, dans le cas où la sécrétion lactée n'est pas assez abondante. — Il faudra éviter certains aliments dont l'absorption paraît modifier la sécrétion lactée et impressionner désagréablement l'enfant, tels sont : les choux, les artichauts, l'ail, les asperges, les oignons et les carottes. — Les excitants, tels que le thé, le café et les liqueurs, doivent être supprimés ou donnés à dose très modérée.

3° Allaitement par un animal. — A la campagne on peut avoir recours à l'allaitement direct par une ânesse, une brebis ou une chèvre. L'enfant tette directement au pis de l'animal ; c'est un mode d'allaitement peu employé, auquel on pourra cependant avoir recours dans le cas de syphilis, quand la mère ne peut allaiter.

4° Allaitement artificiel. — L'allaitement artifi-

ciel est, en général, fait avec du lait de vache, qu'on emploie le plus souvent à la ville stérilisé et à la campagne provenant directement du pis d'un animal, toujours le même, et qu'on peut surveiller.

Le lait de vache sera coupé :

Avec moitié eau le premier mois;

Avec tiers d'eau le deuxième mois ;

Avec un quart d'eau le troisième mois ;

En ajoutant un peu de sucre.

A partir de 4 mois, le lait sera donné pur.

Bien que le meilleur mode de faire prendre le lait soit la cuiller, on a en général recours, à cause de la plus grande facilité qu'il donne, au petit appareil bien connu sous le nom de biberon.

Malgré tout le mal qu'on en a dit, le biberon n'est pas mauvais à la condition d'être très simple et d'être très soigneusement nettoyé après chaque tétée.

## ANTISEPSIE OBSTÉTRICALE.

Nous supposons les principes généraux de l'antisepsie connus et nous nous limiterons dans cet article exclusivement à ce qui a trait à l'obstétrique.

Il est toutefois nécessaire de rappeler quels sont, parmi les agents antiseptiques, ceux auxquels on aura de préférence recours pour les accouchements.

La *désinfection des instruments* (forceps, sondes, etc.) se fera, toutes les fois qu'ils seront métalliques, à l'aide de l'étuve sèche, de l'eau bouillante ou du flambage; pour les instruments en caoutchouc on aura recours à l'immersion, pendant 12 heures au moins, dans une solution de sublimé à 1 p. 1000.

Pour l'*antisepsie de la femme*, on emploiera :

soit le bichlorure de mercure, de 1 p. 1000 à 1 p. 10,000 ;

soit l'acide phénique, 1 p. 100 à 1 p. 500 ;

soit l'acide borique, à 4 p. 100 ;

soit le permanganate de potasse, de 1 p. 1000 à 1 p. 2000 ;

soit le sulfate de cuivre, à 1 p. 100 ;

soit enfin le naphtol, à 1 p. 1000, en employant formule suivante :

| | |
|---|---|
| Naphtol β .......................... | 1 gr. |
| Alcool .............................. | 50 |
| Eau ................................... | 950 |

On pourra encore avoir recours à l'eau oxygénée (peroxyde d'hydrogène) qu'on emploie pure ou mélangée à parties égales d'eau.

Pour l'*antisepsie des mains*, un savonnage soigné avec la brosse à ongles, suivi d'une immersion pendant quelques instants dans une solution de bichlorure à 1 p. 1000, sera en général suffisant. Toutefois, si les mains ont été récemment au contact de matières septiques, les précautions suivantes seront nécessaires :

1° Immersion des mains et des avant-bras dans une cuvette contenant une solution alcoolique de teinture d'iode à moitié, c'est-à-dire :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode ........................ | } $\overline{aa}$ |
| Alcool ................................... | |

Les mains et les avant-bras sont ainsi teints en jaune brun.

2° Savonnage des mains à l'aide d'une brosse à ongles jusqu'à ce que la coloration à la teinture

d'iode ait disparu. Ce savonnage dure de 2 à 4 minutes.

3° Immersion des mains et des avant-bras dans l'alcool à 80° pour les débarrasser des particules graisseuses qui les recouvrent.

4° Nouveau savonnage des mains et des avant-bras pendant 1 minute environ.

5° Immersion pendant 1 minute dans une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 2000.

J'arrive à l'*antisepsie de la patiente* même, antisepsie dont le manuel opératoire varie suivant qu'on a affaire à une gestante, à une parturiente ou à une accouchée.

*Pendant la grossesse*, il sera bon, alors que la femme est peu éloignée de l'accouchement, de faire une antisepsie soignée de la vulve et du vagin. A cet effet, on prescrira, tous les 2 ou 3 jours, un savonnage de la vulve suivi d'une lotion avec une solution de bichlorure à 1 p. 2000, après quoi la femme fera une injection vaginale avec une solution de sublimé au même degré.

La gestante peut pratiquer elle-même ses toilettes génitales ; il sera toutefois préférable, si cela est possible, qu'elles soient confiées au moins une ou deux fois à la garde, à la sage-femme ou au médecin. — Dans ce dernier cas, l'injection vaginale devra être pratiquée non seulement en introduisant la canule dans le vagin, mais en exerçant des frottements sur les parois de ce canal, soit avec la canule si elle est en métal, soit avec l'index et le médius introduits en même temps que la canule.

*Au moment du travail*, la femme devra prendre autant que possible, alors que les douleurs com-

menceront, un grand bain; après quoi, on fera une toilette vulvo-vaginale analogue à celle qui a été indiquée pour les derniers temps de la grossesse. Cette toilette sera recommencée toutes les deux ou trois heures.

Le toucher devra être pratiqué avec des mains aseptisées par un lavage préalable, et le doigt induit de vaseline fraîche, additionnée d'acide borique à 4 p. 100.

Au moment où la tête distend la vulve, il sera bon de faire une lotion avec une solution de sublimé à 1 p. 2000. — Ces lotions seront exécutées à l'aide de coton hydrophile, les éponges étant absolument proscrites.

Après la délivrance, on fera une injection vaginale non avec du sublimé à cause des excoriations nombreuses qui existent sur la surface génitale et qui exposent à l'absorption, mais avec une solution phéniquée à 1 p. 100, ou avec un des autres antiseptiques qui ont été précédemment indiqués.

*Pendant le post-partum.* — On fera une injection vaginale quotidienne, avec 2 litres d'une solution phéniquée à 1 p. 100. — En dehors de cette injection il sera pratiqué le nombre de toilettes vulvaires nécessaires suivant l'abondance de l'écoulement (3 à 5 par vingt-quatre heures). — On usera pour ces toilettes soit de la solution phéniquée à 1 p. 100, ou de la solution au sublimé à 1 p. 2000.

On mettra en permanence sur la vulve un tampon de coton hydrophile qui en assure l'occlusion; ce tampon sera changé à chaque toilette.

Dans les cas où soit les excoriations vulvaires, soit une légère déchirure du périnée sont douloureuses, on saupoudrera la vulve avec un mélange à parties

égales d'acide borique, d'alun et de talc. Pour éviter les douleurs au moment de la miction, on pourra, dans le même but, enduire la vulve de vaseline boriquée.

Pour l'antisepsie à appliquer aux états pathologiques de la puerpéralité et notamment à la septicémie, se reporter aux articles consacrés à chacune de ces maladies. (Voir *Septicémie*, *Sein*, *Phlegmon et abcès. Phlegmatia alba dolens*).

## ASCITE FŒTALE.

Dans les cas d'ascite fœtale, quand la quantité de liquide accumulée dans le péritoine est suffisante pour entraver l'accouchement, il faut pratiquer la ponction aspiratrice, après laquelle l'extraction se fera sans difficulté.

Il en sera de même dans le cas d'hydrothorax.

## AVORTEMENT.

Le traitement de l'avortement est prémonitoire, prophylactique et curatif.

1° *Traitement prémonitoire.* — Quand une femme, à plusieurs grossesses successives, présente des avortements, il faut avec soin rechercher la cause de ces accidents, de manière à les combattre par un traitement approprié ; les maladies génitales, endométrite, métrite, ovarite, les maladies générales telles que la syphilis et l'intoxication saturnine, devront être l'objet d'une attention toute particulière.

En l'absence de toute cause nettement appréciable, on admettra comme pis-aller l'irritabilité et la congestion de l'utérus.

L'irritabilité se reconnaît à la facilité avec laquelle se produisent les coliques utérines à la suite de toute fatigue, d'un effort, des rapports sexuels, etc. Il faudra, en pareil cas, maintenir la femme au lit et la garder sous l'influence de la teinture de viburnum prunifolium au $\frac{1}{2}$, à la dose de 20 à 100 gouttes par 24 heures, ou sous celle du laudanum de Sydenham à dose obstétricale (20 à 100 gouttes par 24 heures), en ayant soin de combattre la constipation qui en résulte, par des laxatifs.

La congestion utérine se traduit moins par des coliques que par une pesanteur constante au niveau de l'hypogastre et surtout par une tendance à de petites hémorragies, au moment correspondant à l'époque menstruelle. On combattra cette congestion par des laxatifs et par des saignées répétées tous les mois au moment correspondant aux règles; on extraira chaque fois 200 à 300 grammes de sang.

2° *Traitement prophylactique.* — Le traitement prophylactique est celui qu'on a à appliquer, alors qu'il y a un début d'avortement.

Trois contre-indications :

La mort de l'enfant,

La rupture de l'œuf,

L'engagement trop marqué de l'œuf dans le canal cervical et surtout dans l'orifice externe.

Toutefois, quand il sera impossible de diagnostiquer une de ces contre-indications, on se comportera comme si elle n'existait pas; on s'expose seulement en pareil cas à instituer un traitement inutile.

Pour l'exécution de ce traitement, on exigera le repos absolu au lit, et on aura recours, dans le cas de

menaces légères, au viburnum prunifolium, dans les cas plus sérieux aux opiacés.

*Le viburnum prunifolium* sera donné en teinture au $\frac{1}{5}$ à la dose de 20 à 100 gouttes par 24 heures (20 gouttes toutes les 2 ou 3 heures).

L'opium sera administré sous forme de laudanum en lavements ou de morphine en injections hypodermiques.

Le laudanum de Sydenham sera prescrit à la dose de 20 à 100 gouttes par 24 heures, par lavements de 15 à 20 gouttes.

La morphine sera donnée en injections hypodermiques à la dose de 5 centigrammes par 24 heures.

Si on associe le laudanum et la morphine, il faudra naturellement diminuer les doses, qui viennent d'être indiquées et ne donner environ que moitié dose de chaque. Toutefois, chez les morphinomanes qu'aujourd'hui on rencontre fréquemment dans la clientèle, les doses pourront être beaucoup plus fortes et en rapport avec la tolérance que les malades ont acquise pour ce poison.

3° *Traitement curatif.* — La thérapeutique curative est différente suivant que l'œuf est encore en entier dans l'utérus ou qu'il est partiellement ou totalement expulsé.

A. *Avant l'expulsion.* — L'expulsion sera abandonnée à la nature à moins qu'il ne survienne une complication : hémorragie ou septicémie.

Si l'*hémorragie* est faible, on se contentera d'injections chaudes ; si au contraire elle est abondante, on pratiquera le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, qu'on laissera une douzaine d'heures en place. — Quand on enlève le tampon, la fausse

couche est en général terminée, et l'œuf se trouve dans le vagin. — Cependant, si l'avortement n'est pas fini, on se contente de surveiller la femme et on a recours à un nouveau tamponnement, quand la perte de sang le rend nécessaire. — En tout cas, pendant que l'œuf est engagé dans le col, ne pas essayer de l'arracher avec les doigts ou des pinces, sans quoi on le fragmente et on favorise la rétention de sa partie la plus profonde.

*S'il y a de la septicémie*, on doit s'efforcer avant tout d'amener l'évacuation de l'utérus aussi promptement que possible. — Pour cela, si la perméabilité du col est insuffisante, on applique une ou plusieurs laminaires, jusqu'à ce qu'on puisse arriver facilement dans la cavité corporéale. — On pratique alors le curage, en s'aidant au besoin des doigts et d'une pince dite à faux germe, pour enlever les plus gros débris de l'œuf. — On termine le nettoyage à l'aide de la curette ordinaire, comme on le fait pour tout curage puerpéral.

En cas d'hémorragie consécutive à l'opération, on aura recours au tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

B. *Après l'expulsion incomplète.* — Les fragments de l'œuf, c'est-à-dire le plus habituellement partie ou totalité du placenta, sont restés dans l'utérus. Quelle conduite tenir?

S'il n'y a pas d'accident, l'expectation est la règle. On se contentera de maintenir la femme au lit et de faire des injections vaginales antiseptiques.

Quand il survient des accidents, c'est-à-dire une hémorragie ou de la septicémie, la thérapeutique pourra être soit timide, soit hardie.

*Les timides* se contentent d'injections vaginales

chaudes et antiseptiques, ils vont jusqu'aux injections intra-utérines, pratiquées tous les jours avec 2 à 10 litres de liquide légèrement antiseptique à chaque séance.

*Les hardis* dilatent le col s'il n'est pas suffisamment perméable et pratiquent le curage, en le faisant suivre au besoin du tamponnement intra-utérin.

Entre ces deux voies thérapeutiques, nous n'hésitons pas à nous ranger parmi les hardis ; l'évacuation de l'utérus faite avec les précautions habituelles constitue, en effet, le meilleur traitement et le plus sûr. Toutefois, aux médecins qui ne sont pas habitués à la gynécologie opératoire, nous conseillerions plus volontiers la thérapeutique timide, qui suffit dans la majorité des faits et qui, en tout cas, n'expose pas aux accidents que peut amener une intervention mal faite.

C. Après l'*expulsion complète*. — Le traitement se bornera à des injections vaginales antiseptiques, et au séjour au lit pendant deux à trois semaines comme après un accouchement normal.

**AVORTEMENT PROVOQUÉ.** (Voir *Expulsion provoquée.*)

**BASSINS VICIÉS.** (Voir *Pelviviciations.*)

## CANCER UTÉRIN.

Chez une femme atteinte de cancer, la grossesse est à déconseiller ; quand elle survient, il n'y a aucune thérapeutique à faire pendant son cours, sauf l'emploi des injections désinfectantes.

*Au moment du travail*, si la dilatation marche normalement, le cancer ne nécessite aucune thérapeutique spéciale ; mais si la dilatation, étant donnée l'étendue des lésions, ne peut arriver à se faire complètement, il faudra avoir recours, si l'enfant est vivant, soit aux incisions sur le col, soit à l'opération césarienne. — On préférera les incisions quand la dilatation est grande comme une pièce de 5 francs et au-dessus, et l'opération césarienne dans le cas contraire. — Dans les cas où l'enfant est mort, avoir recours, si l'ouverture du col le permet, à l'embryotomie.

**CÉPHALOTRIPSIE.** (Voir *Embryotomie.*)

## CIRCULAIRES DU CORDON.

Les circulaires du cordon peuvent se faire autour du cou du fœtus et gêner l'accouchement, alors qu'il y a une des présentations de l'ovoïde céphalique.

Aussitôt que la tête est sortie, il faut avec le doigt s'assurer que le cou est libre, et, si on trouve un ou plusieurs circulaires, on les dégagera en attirant cordon par-dessus la tête.

Quand le cordon est trop serré pour permettre cette manœuvre, on sectionnera le cordon, soit en faisant presser les deux bouts par un aide, soit en appliquant deux pinces ou deux ligatures avant de pratiquer la section.

Dans les cas de circulaires du cou avec tête dernière, après les avoir relâchés par une légère traction, on sectionnera le cordon comme précédemment et on terminera promptement l'extraction.

## COL UTÉRIN, DYSTOCIE.

La rigidité du col pendant l'accouchement peut être spasmodique, anatomique ou pathologique.

En cas de *rigidité spasmodique*, on aura recours aux anesthésiques, lavements de chloral ou inhalations de chloroforme qui, diminuant l'hyperexcitabilité utérine, seront les plus propres à rendre au col son état normal.

Quand la *rigidité est anatomique ou pathologique*, on emploiera les bains prolongés, avec irrigations vaginales chaudes dans le bain, et en dehors de lui; l'introduction d'un ballon dilatateur dans le col donne quelquefois de bons résultats.

Il faut avoir soin de surveiller la direction de l'utérus et du fœtus, car la lenteur de la dilatation du col dépend quelquefois de cette direction du corps et du fœtus (fausse rigidité.)

Dans le cas où les moyens précédents ne suffisent pas, il faudra recourir à mon dilatateur métallique. Ce dilatateur (voir l'article *Expulsion provoquée*, où il est décrit et figuré) s'applique en rapport avec le segment inférieur de l'utérus; rappelant par sa configuration un petit forceps, il a une action contraire à celle de cet instrument, car, au lieu de pincer la partie fœtale, il dilate le segment inférieur.

Dans les cas où la dilatation est grande comme la paume de la main, on pourra tenter une application de forceps et faire *l'extraction très lente* du fœtus.

Les incisions devront être réservées à des cas tout à fait exceptionnels et lorsque les moyens précédents sont insuffisants.

Quand l'enfant est mort, on pourra, avant la dilatation complète, terminer l'accouchement par l'embryotomie.

Quand il y a déviation du col pendant le travail, c'est-à-dire quand l'orifice externe se dirige franchement vers les culs-de-sac ou antérieur, ou postérieur, ou l'un des culs-de-sac latéraux, il faudra accrocher l'orifice dévié avec l'index et le ramener, pendant les contractions utérines, dans la position qu'il doit normalement occuper.

L'*oblitération* du col n'existe que d'une façon très exceptionnelle; la plupart du temps, quand on croit à son existence, on est en présence d'une déviation exagérée du col où l'on ne peut arriver jusque sur l'orifice; toutefois, s'il y avait oblitération réelle, il faudrait pour terminer l'accouchement créer une ouverture artificielle en pratiquant une incision cruciale au point le plus saillant et le plus mince de l'utérus dans le vagin.

Les tumeurs du col sont, en dehors de l'œdème, les fibromes et le cancer (voir l'article *Fibrome utérin* et l'article *Cancer utérin*).

L'œdème du col ne réclame aucun traitement spécial à moins qu'il ne dépende de la rigidité, auquel cas son traitement se confond avec celui de cette affection.

**CRANIOCLASIE.** (Voir *Embryotomie.*)

**CRANIOTOMIE.** (Voir *Embryotomie.*)

**CORDON; CIRCULAIRES.** (Voir *Circulaires du cordon.*)

**CREVASSES DU MAMELON.** (Voir *Allaitement.*)

**CURAGE UTÉRIN.** (Voir *Septicémie.*)

**CYSTITE GRAVIDIQUE.**

La cystite qui survient pendant la grossesse et qu'il ne faut pas confondre avec le simple ténesme vésical, sera traitée par les mêmes moyens que l'on emploie, alors que la femme n'est pas enceinte, c'est-à-dire les bains prolongés, l'usage interne de la térébenthine, les injections vésicales boriquées et, au besoin, les instillations au sublimé ou au nitrate d'argent.

**DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.** (Voir *Périnée.*)

**DÉLIVRANCE.**

Par délivrance, on entend la sortie des annexes ovulaires après l'accouchement.

Si l'on abandonne cette expulsion à la nature, elle peut être très longue et ne se faire qu'au bout de plusieurs heures ; aussi a-t-on l'habitude de l'aider et de la favoriser par des manœuvres spéciales afin que la femme soit promptement débarrassée de tout le contenu utérin.

Ce sont ces diverses manœuvres que nous avons à exposer ici.

Les différentes méthodes peuvent se ramener à trois principales :

1° Méthode de traction ;
2° Méthode d'expression ;
3° Méthode mixte.

*La méthode mixte* est une combinaison des deux autres méthodes dont elle réunit les avantages, c'est à elle qu'on donne, en général, la préférence à l'heure actuelle ; aussi, laissant de côté les deux autres méthodes, je me limiterai à sa description exclusive.

La délivrance se compose comme on le sait de trois temps.

1er temps : décollement placentaire;
2e temps : expulsion hors de l'utérus ;
3e temps : expulsion hors du vagin.

Pendant le premier temps, l'accoucheur doit se borner à maintenir le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale et à exercer de légères frictions.

Pendant le deuxième temps, — dont le diagnostic sera établi par l'examen de la ligature funiculaire faite au niveau de la vulve, cette ligature se trouvant à sept travers de doigt au-dessous de l'orifice vulvaire quand le décollement est complet, -- d'une main on exprimera le fond de l'utérus, c'est-à-dire qu'on le saisira et qu'on le serrera comme une éponge qu'on veut débarrasser de son contenu.— De l'autre main on prendra le cordon qu'on enroulera autour des doigts et on exercera des tractions continues.

En résumé, on sollicitera la descente du placenta d'une part par l'expression utérine, d'autre part par la traction funiculaire.

Pendant le troisième temps, on continuera les mêmes manœuvres jusqu'à ce que le placenta se montre à l'orifice vulvaire ; à ce moment, un bas-

sin plat est approché de la vulve de manière à recevoir le placenta et le sang liquide ou en caillots, qui s'échappe avec lui.

Quand le placenta est au dehors, les membranes sont souvent retenues à leur extrémité terminale dans l'intérieur de l'utérus, il faut alors les tendre, en exerçant sur elles de légères tractions, de manière à ne pas les déchirer et, pendant ces tractions, on massera l'utérus de façon à faciliter la fin de leur décollement.

Il sera indispensable, alors que les annexes sont complètement expulsées, d'examiner le placenta sur sa face utérine et les membranes pour voir si le tout est bien complet. En cas de rétention, nous examinerons dans un instant la conduite qu'il y a lieu de tenir.

La délivrance, telle que nous venons de l'étudier, est dite normale ou physiologique ; mais elle est souvent compliquée d'accidents généraux ou locaux qui nécessitent une intervention spéciale.

Ce sont ces ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE que nous allons maintenant envisager.

*Les accidents généraux* sont le coma ou les convulsions qui peuvent survenir à la suite de l'éclampsie, de l'hystérie, de l'hémorragie cérébrale, l'asystolie, les syncopes, enfin l'asphyxie qu'on observe chez les malades pulmonaires ou cardiaques.

L'indication en pareil cas est de terminer la délivrance aussi promptement que possible et d'appliquer ensuite à l'accident en question un traitement approprié que nous n'avons pas à envisager ici.

*Les accidents locaux* qui sont susceptibles de sur-

venir au moment de la délivrance, peuvent se grouper autour des deux suivants :

1° Rétention des annexes de l'œuf,

2° Hémorragie.

Dans le traitement des accidents de la délivrance nous avons à examiner quatre catégories de cas :

1° La rétention existe seule,

2° L'hémorragie existe seule,

3° La rétention et l'hémorragie existent simultanément,

4° Cas spéciaux.

1° La rétention existe seule. — Elle peut être totale ou partielle.

*a) Rétention totale.* — Quand il y a rétention totale des annexes, c'est-à-dire quand, une heure après l'accouchement, on trouve en pratiquant le toucher l'orifice interne refermé sans que le placenta soit accessible, il faudra pratiquer la délivrance artificielle.

**Manuel de la délivrance artificielle.** — La femme étant anesthésiée ou non, suivant les circonstances, et placée de préférence dans la position obstétricale, pendant que la main gauche soutient le fond de l'utérus, la droite, soigneusement aseptisée et ointe de vaseline boriquée sur sa face dorsale, sera introduite dans le vagin, puis dans l'intérieur de la cavité utérine. — Si elle rencontre des difficultés au niveau de l'orifice interne, elle les vaincra par une pression douce et soutenue, qui permettra la dilatation de cet orifice et l'accès de l'utérus. — Dans les cas où l'orifice résiste et empêche l'introduction de la main, l'anesthésie de la femme poussée à la période chirurgicale sera indispensable pour pé-

nétrer dans la matrice. — Alors que la main est dans la cavité utérine, l'extrémité des doigts va à la recherche du placenta, s'insinuant entre sa surface et celle de l'utérus, décollant petit à petit le disque placentaire; quand le décollement est achevé, la main, saisissant le délivre en bloc, l'attire au dehors.

Il sera bon de réintroduire immédiatement la main dans l'utérus, de parcourir toute la surface utérine afin de s'assurer que l'évacuation est bien complète et si on rencontre des débris ovulaires ou des caillots retenus, on les balaiera avec les doigts.

Pendant qu'on complète la délivrance, on prie un aide de préparer une injection chaude (45 à 50°) avec une solution phéniquée au 1 : 0/0. — Sans retirer la main, on introduit, en se servant de l'avant-bras comme guide, la canule vaginale jusque dans l'intérieur de l'utérus et, laissant alors le liquide s'écouler, on lave la cavité en le répandant avec l'extrémité des doigts; le lavage ainsi commencé, on retire la main de la matrice en y laissant la canule vaginale; puis, après l'avoir lavée de la sorte, on retire la canule qu'on arrête dans le vagin de manière à terminer le lavage génital par l'injection vaginale.

*b*) *Rétention partielle.* — La rétention partielle peut porter sur un fragment placentaire, un cotylédon accessoire ou des membranes.

Quand il y a *rétention partielle du placenta* ou d'un cotylédon accessoire, il faut procéder séance tenante à l'extraction à l'aide de la main, en se conformant au manuel, qui vient d'être décrit pour la délivrance artificielle.

Dans le cas où la résistance de l'orifice interne

empêche l'introduction de la main, on pourra se résoudre à l'expectation, mais en surveillant attentivement les suites de couches et en pratiquant le curage aussitôt qu'il surviendra des accidents fébriles et même de la fétidité prononcée des lochies ; il reste bien entendu qu'il est toujours préférable d'extraire le cotylédon dès le début et que l'expectation ne doit être acceptée que comme pis-aller.

Le *manuel du curage* sera exposé à l'article *Septicémie puerpérale.*

*Rétention des membranes.* — Si à l'examen des annexes, on s'aperçoit qu'il manque ou qu'il peut manquer quelques débris de membranes, aucune intervention n'est nécessaire, les soins d'antisepsie rigoureuse suffisent à empêcher les accidents septicémiques.

Mais, s'il y a rétention complète des membranes, si en d'autres termes, le placenta sort *découronné*, l'intervention est de règle, il faut introduire la main dans l'utérus comme pour la délivrance artificielle, détacher et enlever les lambeaux de membranes qu'on rencontre et terminer par une injection utérine pratiquée comme après la délivrance artificielle.

Toutefois, si en pratiquant le toucher vaginal on sent les membranes engagées dans le vagin, on pourra se dispenser de toute intervention intra-utérine et abandonner leur expulsion à la nature, car, si on veut exercer sur elles des tractions, on déchire la partie décollée, et la portion adhérente reste dans l'utérus.

Cet engagement des membranes dans le vagin étant la règle alors que le placenta sort découronné, on voit que l'intervention intra-utérine pour la rétention des membranes se trouvera rarement indiquée.

2° L'HÉMORRAGIE EXISTE SEULE. — Nous supposons la délivrance opérée, alors qu'elle n'est pas effectuée, et qu'il y a coïncidence d'hémorragie, les conditions sont différentes et nous les examinerons dans le paragraphe suivant.

L'hémorragie est tantôt grave, dite foudroyante, ou de moyenne intensité.

*a*) *Hémorragie de moyenne intensité.* — Si l'hémorragie est due à l'utérus, on aura recours simultanément :

1° A une injection sous-cutanée d'ergotinine Tanret (1/2 seringue de Pravaz) ou d'ergotine Yvon (1 seringue de Pravaz) ;

2° Au massage de l'utérus à l'aide de la main appliquée sur la paroi abdominale ;

3° A une injection vaginale chaude (45 à 50°) avec une solution antiseptique faible. Quand l'accès de la cavité utérine est facile, on pourra faire pénétrer le liquide jusque dans son intérieur.

Si l'emploi combiné de ces trois moyens ne suffit pas à arrêter l'écoulement de sang, il faut avoir recours au tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

*Tamponnement intra-utérin.* — Pour pratiquer ce tamponnement, on aura à sa disposition une bande de gaze iodoformée (à 20 p. 100), longue de 5 mètres et large de 15 centimètres, deux pinces de Museux et une pince à pansement.

La femme étant placée en position vulvaire, on pratique le cathétérisme vésical et on saisit les deux lèvres du col, à l'aide de pinces à griffes (fig. 8).

Le col est alors amené à la vulve, et, après avoir examiné s'il n'est pas la source d'une hémorragie artérielle, suite de déchirure, auquel cas on ferait la suture de la plaie, on introduit la gaze iodoformée

en la portant jusqu'au fond de l'utérus, à l'aide d'une pince à pansement.

Puis, maintenant la gaze à l'aide des doigts, on retire la pince, et on fait pénétrer par le même moyen un nouveau fragment de la bande iodoformée.

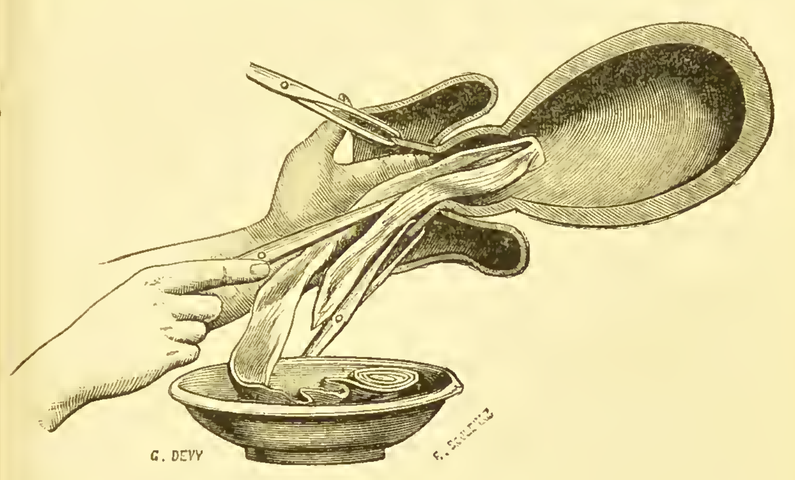



Fig. 8. — Tamponnement intra-utérin.

On continue de même jusqu'à ce que la cavité utérine soit totalement remplie.

Au lieu de la pince à pansement, on peut, dans la plupart des cas, se servir simplement des doigts qui permettent d'agir plus rapidement.

Le tamponnement utérin étant achevé, il sera bon de le compléter par un tamponnement vaginal avec une autre bande de gaze iodoformée; toutefois ce second tamponnement n'est pas indispensable, l'hémostase peut très bien se faire sans son secours.

Le tamponnement intra-utérin sera laissé de 12 à 24 heures en place ; en général, 12 heures suffisent.

Pour le retirer, on saisira la bande par son extré-

mité et on l'amènera progressivement au dehors en la déroulant.

*Quand il n'y a pas inertie de l'utérus.* — L'hémorragie est due à une plaie de la vulve, du vagin ou du col.

S'il s'agit d'une hémorragie vulvaire, le pincement, ou la suture suffira à assurer l'hémostase.

En cas d'hémorragie vaginale, le tamponnement utéro-vaginal (le tamponnement intra-utérin étant destiné à prévenir l'hémorragie interne) constituera le meilleur mode de traitement.

Quand il y a hémorragie d'origine cervicale, diagnostic auquel on arrivera soit par exclusion, soit par examen direct du col, on pourra procéder à la compression du col sur le corps, en introduisant deux doigts dans la cavité vaginale qui comprimeront le col de bas en haut et, d'autre part, en portant le corps de l'utérus en antéflexion forcée par l'action de la main à travers la paroi abdominale. Cette antéflexion forcée de l'utérus amène la compression du corps sur le col et assure souvent l'hémostase.

Si ce procédé est insuffisant, on attirera le col à la vulve, comme pour le tamponnement intra-utérin, on suturera la portion du col si elle est facilement accessible; sinon on pratiquera le tamponnement intra-utérin, en se conformant au manuel opératoire précédemment énoncé et en ayant soin de le compléter par un tamponnement vaginal qui, ici, devient nécessaire.

*b*) *Hémorragie grave ou foudroyante.* — Toutes les fois que le sang s'échappe en grande quantité par la vulve, il faut sans hésitation avoir rapidement recours aux trois moyens suivants :

1° Une main sur le fond de l'utérus pour le maintenir, le comprimer et le masser;

2° Introduire l'autre main dans l'intérieur de l'organe pour le vider de son contenu et pour l'exciter;

3° Terminer l'intervention par l'application d'un tampon utéro-vaginal, en ayant simultanément recours à une injection sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine.

Pour pratiquer le tamponnement, on se conformera au manuel précédemment énoncé, mais en introduisant la gaze iodoformée avant de retirer la main qui se trouve dans l'utérus.

On a, contre les hémorragies graves de la délivrance, préconisé de nombreux moyens d'action, tels que l'injection de perchlorure de fer, — l'introduction dans l'utérus d'un ballon dilatable, — l'emploi de l'électrisation faradique de l'utérus, — l'injection intra-utérine chaude ou froide — voire même l'introduction de glace dans l'utérus — la compression de l'aorte à travers la paroi abdominale ou à l'aide de la main introduite dans l'utérus.

Ces différents moyens peuvent être bons et suivis de succès, nous leur préférons néanmoins ceux que nous avons conseillés en débutant, car ils nous semblent plus certains.

Comme ces hémorragies sont rapidement mortelles, il importe d'avoir une thérapeutique sûre et nette et de ne pas s'arrêter à tous les conseils ou avis qu'on a pu donner dans la circonstance.

3° La rétention et l'hémorragie existent simultanément.

Le premier point de la thérapeutique en pareil cas est de vider l'utérus, il faut donc, avant tout, commencer par délivrer la femme.

Si l'orifice interne est encore ouvert, la délivrance artificielle sera facile à exécuter, et, si l'hémorragie continuait après son achèvement, on aurait recours aux moyens hémostatiques énoncés dans le paragraphe précédent.

Quand l'orifice interne n'est pas perméable et qu'il y a impossibilité de faire la délivrance artificielle, il faudra appliquer dans le col un ballon qu'on gonflera avec de l'air ou de l'eau stérilisée, de manière à dilater l'orifice utérin et à permettre la délivrance artificielle.

Quelquefois, alors que la femme n'est pas trop affaiblie, l'anesthésie pourra rendre de réels services en permettant de vaincre la résistance du sphincter utérin et de compléter ainsi l'intervention.

4° Cas spéciaux.

*a*) *Adhérence intime du placenta.* — Dans certains cas très rares, l'adhérence du placenta à l'utérus est tellement intime, qu'en voulant pratiquer le décollement avec la main, on ne peut y parvenir. En présence de pareille complication, on essaiera de morceler le placenta en le fragmentant entre les doigts ; enfin si cette fragmentation est, par exception, impossible, on laissera le placenta en place, en s'astreignant pendant les suites de couches, à une antisepsie génitale très sévère. S'il survenait des accidents septicémiques, on serait amené à faire le curage après dilatation préalable et dans certains cas, l'indication de l'extirpation totale de l'utérus pourrait se poser.

*b*) *Enchatonnement.* — La conduite à tenir est la même qu'avec une rétention simple ; on agira envers l'anneau de nouvelle formation comme s'il s'agissait de l'orifice interne.

*c) Inversion utérine.* — Les accidents hémorragiques peuvent être dus à une inversion utérine, qu'on constatera à l'aide du toucher combiné au palper. (Voir pour la conduite à tenir l'article *Inversion utérine.*)

*d) Utérus double.* — La duplicité de l'utérus pourra gêner dans la pratique de la délivrance artificielle; toutefois, quand le diagnostic est fait, la main saura surmonter les difficultés sans produire de lésions.

*e) Rupture utérine.* — La rupture utérine peut être une source d'accidents graves au moment de la délivrance. (Voir, pour la conduite à tenir, l'article *Rupture utérine.*)

*f) Tumeurs génitales.* — Une tumeur, qui siège sur la vulve, le vagin ou le col est susceptible d'entraver la sortie du placenta; toutefois, la sortie du fœtus ayant pu s'opérer, il est rare qu'il y ait un obstacle sérieux à la délivrance ; en tous cas l'extraction manuelle viendrait facilement à bout de cette difficulté.

**DÉVIATIONS DE L'ORIFICE UTÉRIN.** (Voir *Rétrodéviation utérus gravide.*)

**DYSTOCIE FŒTALE.** (Voir *Excès de volume du fœtus*, *Hydrocéphalie*, *Ascite*, *Accouchement gémellaire.*)

**DYSTOCIE MATERNELLE.** (Voir *Col utérin-dystocie*, *Éclampsie*, *Pelviviciations*, *Prolapsus utérin*, *Thrombus*, *Ruptures utérines*, *Vagin-dystocie*, *Vulve-dystocie*).

**DYSTOCIE PELVIENNE.** (Voir *Pelviviciations.*)

## ÉCLAMPSIE.

Chez toute gestante, il faut avec soin examiner l'urine et, aussitôt qu'il y a trace d'albuminurie, instituer le traitement préventif de l'éclampsie qui a pour base le *régime lacté exclusif.*

Dans le cas où ce régime ne peut être supporté, on aura recours aux grands bains prolongés de 45 minutes à 1 heure, répétés tous les jours ou tous les deux jours, aux ventouses sèches appliquées tous les 4 ou 5 jours sur la région lombaire ; aux diurétiques (eaux de Contréxéville, de Vittel, à la teinture de digitale). Chez les primipares pléthoriques, on se trouvera bien de faire une saignée de 300 à 500 grammes ou plusieurs saignées successives de 200 à 300 grammes.

Quand tous les moyens précédents échouent, et que, quoi qu'on fasse, l'albuminurie va en augmentant, on pourra penser à l'accouchement ou à l'avortement provoqué qui, fait à temps, empêchera l'éclosion de l'éclampsie ; mais cette intervention doit être réservée à des cas exceptionnels.

Alors que l'éclampsie est déclarée, il importe d'instituer son traitement curatif, c'est-à-dire :

traitement pendant l'accès même,

traitement dans l'intervalle des crises pour arrêter la maladie dans son évolution.

*Durant l'accès :* placer la malade sur un lit large, à l'abri de tout corps dur ou anguleux, contre lequel elle pourrait se blesser pendant les convulsions.

Aussitôt que l'accès débute, placer un mouchoir

transversalement dans la bouche, le tendre en tirant sur ses extrémités, de manière à repousser la langue en arrière, et à éviter qu'elle ne soit pincée pendant le resserrement convulsif des mâchoires.

Éloigner, autant que possible, les parents afin d'éviter l'impression très pénible, qui résulte de l'accès.

Contre l'*éclampsie elle-même*, on aura recours aux trois moyens principaux que voici :

anesthésie, saignée, déplétion utérine.

Et aux trois moyens secondaires suivants :

purgatifs, diurétiques, sudorifiques.

1° *L'anesthésie* sera obtenue à l'aide du chloroforme ou du bromure d'éthyle, qui seront heureusement secondés par les lavements de chloral à la dose de 5 à 12 grammes par jour.

On commencera par donner un lavement de 3 gr. qu'on répétera s'il y a nécessité toutes les 6 heures, et on aura recours aux inhalations anesthésiques pour compléter l'action du chloral, toutes les fois qu'on verra la malade s'agiter, cette agitation étant un symptôme précurseur de l'accès.

2° Chez les sujets franchement pléthoriques, en particulier chez les primipares qui viennent de la campagne, qui ont le visage vultueux, le pouls dur et fréquent, on pratiquera une *saignée* abondante de 500 grammes environ. — Moins abondante, la saignée n'a qu'une faible valeur curative.

3° *La déplétion utérine*, bien qu'elle n'amène pas toujours la guérison de la maladie est habituellement d'un pronostic favorable ; aussi faudra-t-il l'obtenir le plus tôt possible par l'extraction manuelle ou le forceps.

Cette extraction devra être faite, lorsque la dilatation est complète; toutefois, dans les cas d'éclampsie très grave, on sera autorisé à la tenter avant la dilatation complète c'est-à-dire à faire l'accouchement forcé (Voir l'article *Accouchement forcé.*)

4° Au début des accidents, il sera bon d'administrer un purgatif énergique, par exemple l'eau-de-vie allemande à la dose de 20 grammes, ou une cuillerée d'huile de ricin additionnée de 2 gouttes d'huile de croton tiglium.

5° On emploïera comme diurétique, soit la teinture de scille à la dose de 2 à 4 grammes en potion, soit la teinture de digitale à la dose de 15 à 20 gouttes; en fait de boisson la malade ne prendra que du lait additionné d'eau de Vittel, de Contréxéville ou de Chatel-Guyon.

6° Comme sudorifique, on a autrefois employé la pilocarpine, à laquelle on a renoncé à cause des accidents de congestion pulmonaire qu'elle provoque. On fera, dans ce but thérapeutique, des frictions alcooliques sur les membres supérieurs et inférieurs de la malade, et on la maintiendra dans une pièce chauffée à la température de 20 à 25°.

## EMBRYOTOMIE.

L'embryotomie est une opération, par laquelle on mutile le fœtus, aux dépens de sa vie, pour permettre son passage à travers la filière génitale.

On appelle :

**Embryotomie céphalique**, celle qui a pour but la réduction de la tête ;

**Embryotomie cormique**, celle qui s'applique au tronc.

Indications.

*Présentation de l'ovoïde céphalique.* — Sommet, face ou front.

Toutes les fois qu'*avec un enfant mort*, la tête ne peut pas franchir un bassin de 5 ou 11 centimètres, il faut s'adresser à l'embryotomie.

Au-dessous de 5 centimètres, il est préférable de recourir à l'opération césarienne à cause des difficultés de l'embryotomie avec un rétrécissement aussi accentué.

Quand *l'enfant est vivant* l'obstacle à l'accouchement devra être levé par la symphyséotomie ou l'opération césarienne (voir ces deux opérations), l'indication de l'embryotomie en pareil cas deviendra exceptionnelle.

*Présentation de l'ovoïde cormique.* — Siège, thorax, abdomen.

Avec la présentation du siège, la dystocie n'existe guère que pour le passage de la tête dernière, auquel cas nous sommes à peu près ramenés comme indications aux conditions des présentations céphaliques.

Quand il y a présentation du thorax ou de l'abdomen, ou plus simplement *présentation de l'épaule* qui est la variété la plus fréquente des présentations thoraciques, l'embryotomie sera indiquée toutes les fois que, par le fait de la rétraction utérine, la version devient impossible.

Contre-indications.

1° *Un rétrécissement trop prononcé du bassin.* — En effet, au-dessous de 5 centimètres, mieux vaut pratiquer l'opération césarienne que l'embryotomie.

2° *L'ouverture insuffisante du col utérin* pour le passage de la main et des instruments.

3° *L'opposition formelle de la femme.* — Alors qu'excep-

tionnellement on voudra faire l'embryotomie sur un enfant vivant, et que la femme, pour sauver son enfant, désire courir le risque de l'opération césarienne.

Opération.

Voyons successivement :

1° **L'embryotomie céphalique ;**

2° **L'embryotomie cormique.**

**1° Embryotomie céphalique.** — Pour pratiquer l'embryotomie céphalique on se servira de mon *embryotome céphalique combiné* représenté par la figure 9.

Cet embryotome se compose d'une branche centrale, rappelant la branche mâle du cranioclaste, mais permettant par sa forme terminale d'accomplir la perforation et de deux branches fenêtrées qui, s'appliquant successivement sur la précédente, permettent le broiement bien complet de la tête.

La fig. 9 me dispense d'une plus ample description.

Pour pratiquer l'embryotomie céphalique avec cet instrument, on procédera de la façon suivante :

La femme étant endormie et placée en position obstétricale, on fera un lavage complet des organes génitaux, puis on priera un aide, médecin, étudiant ou sage-femme, de maintenir solidement la tête en plaçant une main de chaque côté de l'hypogastre ; ce maintien de la tête est très important, car de lui dépend la facilité de la perforation.

Guidé sur la main gauche, on introduit le perforateur et, par un mouvement de vrille, on l'enfonce dans la partie la plus accessible de l'ovoïde céphalique (un des orbites, s'il s'agit d'une présentation de la face ; la voûte palatine, les régions mastoïdienne ou occipitale, si la tête est derrière).

Quand la branche a pénétré dans le crâne, on la

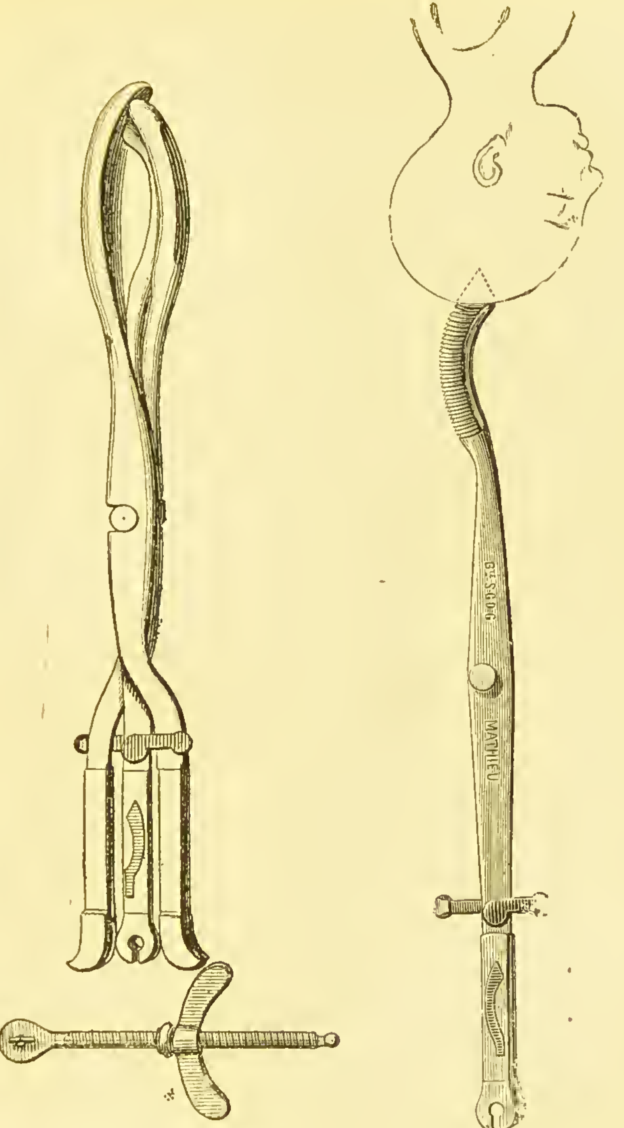



Fig. 9. — Embryotome céphalique combiné (Auvard).

Fig. 10. — Perforation de la tête.

ment en différents sens pour dissocier la substance cérébrale et en faciliter l'écoulement.

La pointe de l'instrument est dirigée vers le trou occipital, qu'avec un peu d'habitude on peut souvent

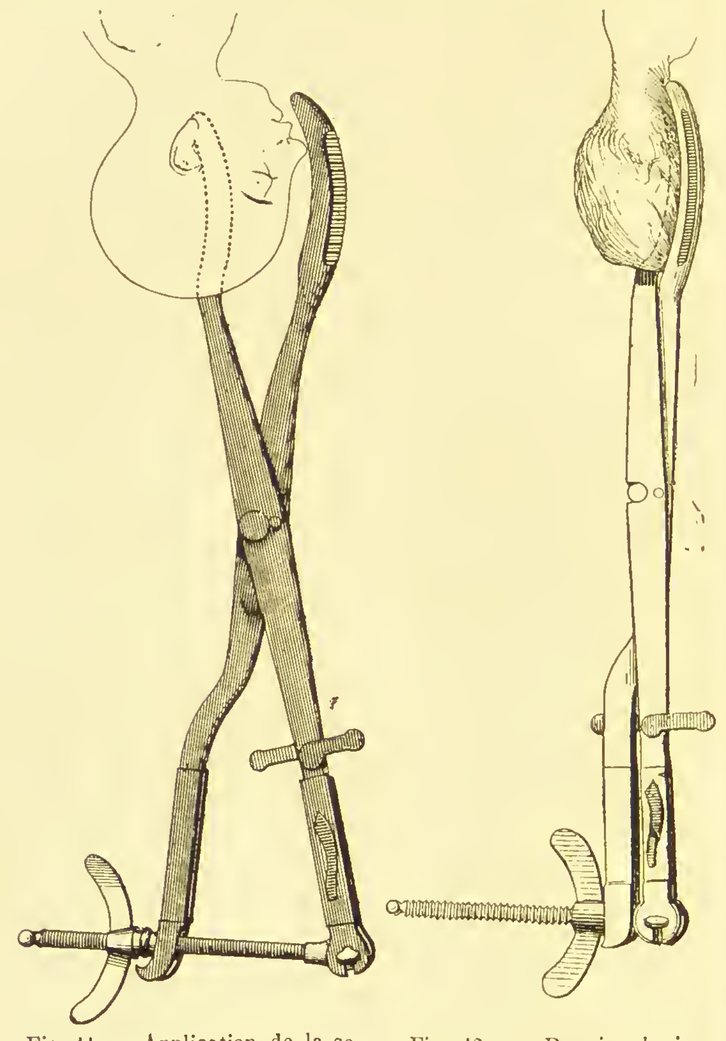


Fig. 11. — Application de la seconde branche (instrument en cranioclaste).

Fig. 12. — Premier broiement. (Saisie de la tête à la manière du cranioclaste.)

deviner en promenant la pointe de la branche perforante sur la base du crâne.

Un aide est chargé de maintenir cette branche *appuyée sur la base du crâne*, la courbure de l'instrument étant tournée vers le côté gauche, c'est-à-dire vers la cuiller qu'on doit appliquer en second lieu. (Cette courbure est simulée sur le manche de l'instrument (fig. 10) pour rendre cette manœuvre facile.)

La branche gauche est alors appliquée et introduite, comme la branche d'un forceps, sur la partie de la tête qui se trouve à l'extrémité gauche du diamètre transverse du bassin.

Les deux branches sont articulées; et on procède au premier broiement (fig. 12). Quand il est terminé, la branche sera maintenue par un crochet qu'on voit figuré au sommet du manche, de telle sorte qu'on peut, sans desserrer l'instrument, enlever la vis de broiement.

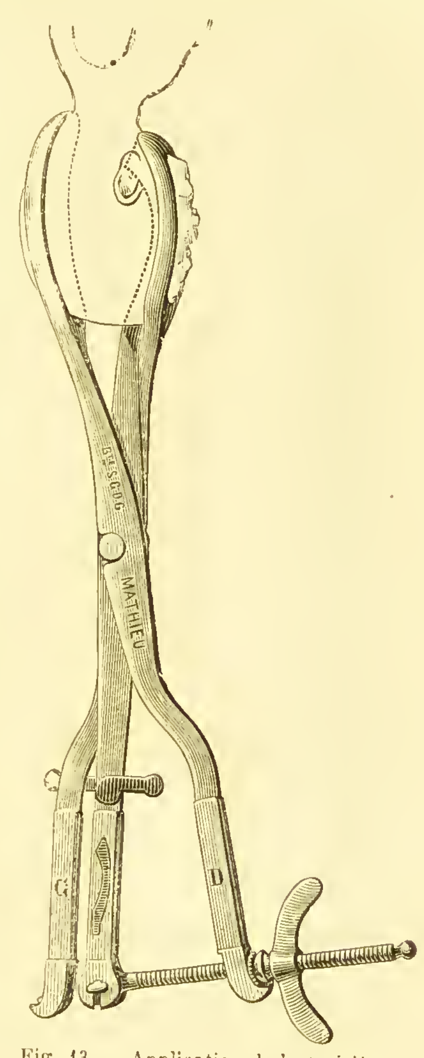


Fig. 13. — Application de la troisième branche (embryotome complet).

Ainsi appliqué, l'embryotome céphalique combiné n'est autre chose qu'un cranioclaste ordinaire; on peut l'employer comme tel, si on estime son action suffisante. — Mais si on juge nécessaire de compléter le broiement, il faut terminer l'application de la façon suivante :

On applique (fig. 13) la branche droite, comme la branche droite d'un forceps, à l'extrémité droite du diamètre transverse ; on articule, et, à l'aide de la vis, on procède avec lenteur au broiement.

Aussitôt qu'il est suffisamment terminé, la branche droite, comme tout à l'heure la branche gauche, se trouve maintenue par un crochet, de telle sorte qu'on peut enlever, si on veut, la vis de broiement (fig. 14).

On procède à l'extraction, comme après l'application du céphalotribe.

Dans le cas où les épaules opposent une sérieuse difficulté à s'engager, on va successivement dégager avec les mains le bras antérieur, puis le postérieur (*manœuvre de Jacquemier*). Le reste du tronc arrive d'habitude sans difficulté.

Fig. 14. — Second broiement. (Fin de l'application de l'instrument.)

Si l'extraction du tronc était impossible, on pourrait recourir au *morcellement*, en détachant successivement, soit avec la main, soit avec le crânioclaste, les différentes parties du fœtus.

**2° Embryotomie cormique.**

En dehors des cas relativement rares où on a à pratiquer l'éviscération (présentation de l'abdomen) ce qu'on fait en ouvrant la paroi abdominale avec les ciseaux de Dubois (fig. 15) et en allant arracher les viscères abdominaux avec les doigts pour permettre, grâce à cette soustraction, la version, c'est la section du cou, ou *Dérotomie* qu'on aura presque toujours à pratiquer.

**Dérotomie.** — Le fœtus se présentant par le thorax, et la version étant devenue impossible, il faut, pour pouvoir terminer l'accouchement, sectionner le cou du fœtus, de manière à extraire successivement le tronc, puis la tête.

Pour opérer cette section, introduire l'une ou l'autre main dans les organes génitaux, de préférence la gauche, et saisir le cou, de manière à l'abaisser autant que possible. Le cou étant ainsi tenu, prendre les ciseaux de *Dubois* avec la main restée libre, et le sectionner progressivement et avec prudence.

Fig. 15. — Ciseaux de Dubois.

Aussitôt que la section est terminée et qu'on a au

besoin déchiré avec les doigts les tissus mous, qui

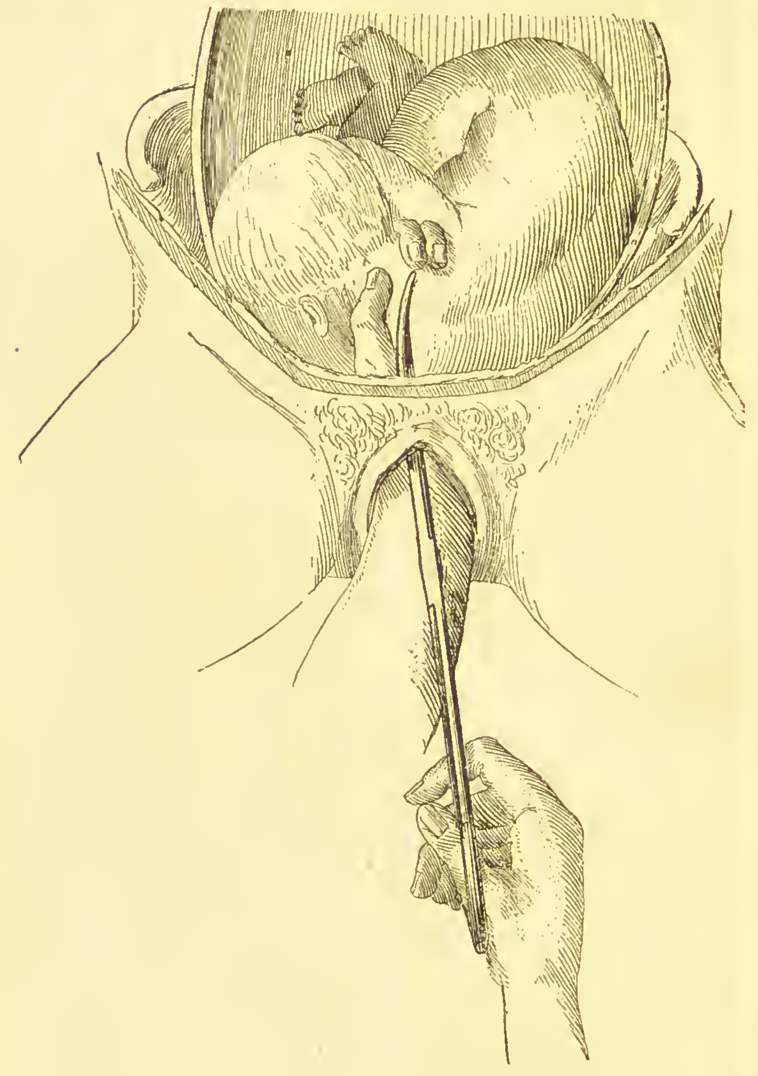


Fig. 16. — Section du cou (dérotomie).

servaient encore de trait d'union, on saisit un des bras du fœtus et on amène l'ovoïde cormique.

Pour extraire la tête, qui reste seule dans les organes génitaux, on va accrocher le maxillaire inférieur avec un ou deux doigts glissés dans la bouche;

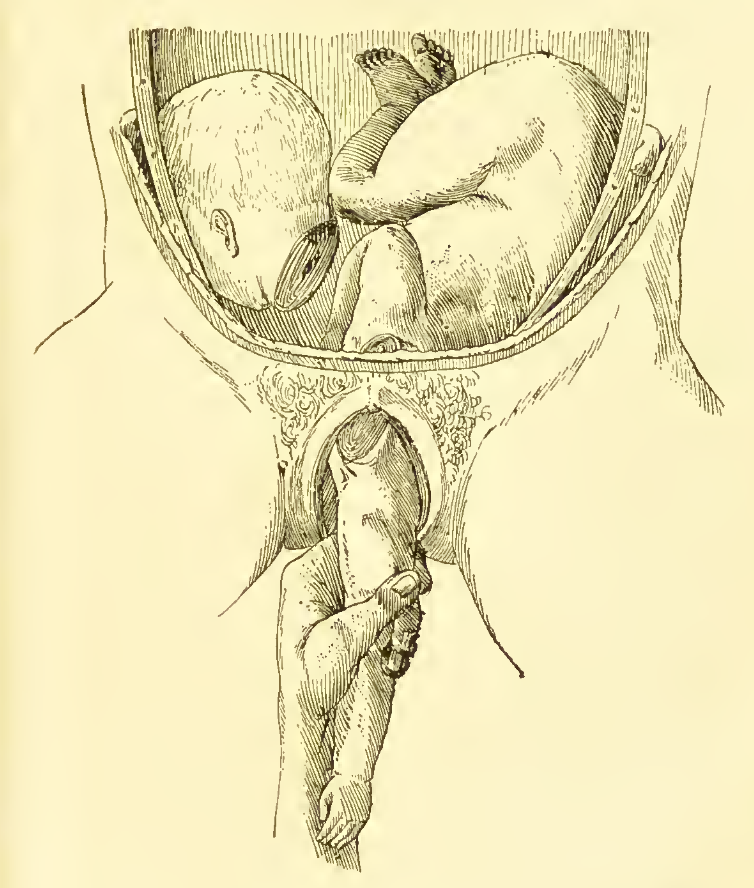


Fig. 17. — Extraction de l'ovoïde cormique après la dérotomie.

ce point d'appui suffit en général pour l'extraction, sinon on se sert du forceps, ou même si la réduction est nécessaire, de l'embryotome céphalique.

Dans les cas exceptionnels, où les opérations qui précèdent ne permettent pas l'extraction du fœtus, on

aura recours, comme dernière ressource au *morcellement*, qu'on pratiquera soit avec les ciseaux de Dubois, en sectionnant tour à tour les différentes parties fœtales qui se présentent, et en les attirant avec les



Fig. 18. — Extraction de l'ovoïde céphalique après la détrotomie.

doigts, soit en les saisissant avec le cranioclaste, et en les arrachant à l'aide de cet instrument.

**ENCLAVEMENT DE LA TÊTE.** (Voir *Accouchement*, *Symphyséotomie*.)

**ÉPAULE, PRÉSENTATION.** (Voir *Accouchement*.)

**ÉPISIOTOMIE.** (Voir *Périnée-déchirures.*)

**ESCHARES VULVAIRES.** (Voir *Septicémie.*)

**ÉVISCÉRATION.** (Voir *Embryotomie.*)

**EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS.**

L'excès de volume du fœtus peut être *généralisé* à tout le corps, ou *localisé* à certaines parties (tête, épaules, siège).

*Généralisé*, l'excès de volume du fœtus amène des difficultés de l'accouchement analogues à celles produites par les rétrécissements du bassin ; il y a, en effet, disproportion entre le fœtus et la filière à traverser. La thérapeutique en pareil cas est semblable à celle exposée aux pelviviciations.

*Localisé* à la tête, aux épaules ou au siège, l'excès de volume ne cause en général de dystocie sérieuse que pour le passage des épaules. — Si la tête se présente dernière, on abaissera les bras ainsi qu'il est dit à l'article *Extraction manuelle.* — Quand, au contraire, la tête est première, on aura recours à la *manœuvre de Jacquemier*, qui consiste à aller chercher successivement les bras et à les abaisser, en commençant par l'antérieur.

**EXPULSION PROVOQUÉE.**

*Divisions.* — Expulsion provoquée :

pendant les six premiers mois : **Avortement provoqué** ;

pendant les trois derniers mois : **Accouchement provoqué.**

INDICATIONS.

1° *Il y a disproportion entre la filière pelvienne et le fœtus.*

Cette disproportion peut résulter soit d'une pelviviciation, soit de l'excès de volume du fœtus, soit des deux combinés.

1. *Pelviviciation.*

*Au dessus de* 9 *centimètres :* Accouchement à terme.

*De* 7 *à* 9 *centimètres :* Soit accouchement provoqué, soit symphyséotomie à terme, mais préférer l'accouchement provoqué.

*De* 5 *à* 7 *centimètres :* Accouchement provoqué de 7 à 9 mois, et complété par la symphyséotomie.

*Au-dessous de* 5 *centimètres :* Avortement provoqué avant le cinquième mois et de préférence vers la fin du deuxième mois.

2. *Excès de volume du fœtus.*

Cet excès de volume peut devenir une indication très précise d'accouchement provoqué.

Quand, à plusieurs accouchements successifs, il y a dystocie par excès de volume fœtal, il ne faut pas hésiter, à une nouvelle grossesse, à provoquer l'accouchement, un certain temps avant le terme normal.

3. *Pelviviciation et excès de volume du fœtus.*

Quand les deux causes précédentes sont combinées, l'indication de l'expulsion provoquée deviendra encore moins discutable si possible.

Quant à l'époque de la provocation, on se basera sur ce qui a été dit à propos des pelviviciations ; on avance l'époque de la provocation d'un laps de temps approximativement en rapport avec l'indication fournie par l'excès du volume fœtal.

2° *Il n'y a pas disproportion entre la filière pelvienne et le fœtus.*

La mère ou le fœtus peut être la source de l'indication.

*a*) *Mère.*

L'expulsion provoquée sera indiquée toutes les fois que la mère est atteinte d'une maladie grave, la mettant en danger de mort, alors que cette maladie peut être heureusement modifiée par l'interruption de la grossesse. — Tels : les vomissements incoercibles, l'anémie pernicieuse progressive, toute maladie grave des poumons, du cœur et des reins, aggravée par l'existence de la grossesse.

*b*) *Fœtus.*

L'indication existe de provoquer l'accouchement quand, à plusieurs grossesses successives, il y a *mort habituelle* du fœtus à une époque quelconque des trois derniers mois de la grossesse.

Il faut, en pareil cas, provoquer l'accouchement une dizaine de jours avant le moment auquel succombe habituellement le fœtus.

Contre-indications.

Trois contre-indications pourront s'opposer à la provocation de l'expulsion.

1° *La mort du fœtus.* En pareil cas mieux vaut laisser la femme accoucher spontanément.

2° *L'état grave de la mère*, chez laquelle l'expulsion provoquée pourra amener la mort ou au moins aggraver singulièrement l'état de santé.

3° *La volonté formelle de la mère* qui, au lieu de l'avortement provoqué, préfère, pour sauver son enfant, aller jusqu'à terme et se soumettre à l'opération césarienne. Cette contre-indication ne s'adresse qu'à

l'avortement provoqué et non à l'accouchement provoqué.

Opération. — Pour provoquer l'avortement *pendant les trois premiers mois de la grossesse*, il suffit en général d'introduire avec toutes les précautions nécessaires un hystéromètre d'assez gros calibre dans la cavité utérine; la tige de l'instrument en pénétrant dans la cavité corporéale perforera l'œuf, la grossesse se trouvera de la sorte forcément interrompue et l'avortement se fera au bout de quelques jours.

Les dangers de ces avortements ne seront pas plus prononcés que ceux d'un avortement spontané; l'hémorragie ou la septicémie, qui peuvent en être la conséquence, seront combattues par les mêmes moyens qu'après une expulsion spontanée.

Dans le cas rare où ce procédé échoue et où les membranes ovulaires ne se laissent pas entamer par l'hystéromètre qui glisse entre elles et l'utérus, on introduira dans le col une série de laminaires de volume grossissant jusqu'à ce que l'utérus irrité et dilaté par ce moyen finisse par expulser son contenu.

Quand il s'agit d'une expulsion à provoquer *pendant les six derniers mois de la grossesse*, on procédera de la façon suivante :

Après antisepsie soigneuse de la vulve du vagin et du col utérin, on placera la femme en position vulvaire, c'est-à-dire en travers du lit; puis, après application d'un spéculum bivalve qui mettra bien en évidence le col utérin, à l'aide d'une pince on présentera à l'orifice utérin l'extrémité d'une bougie de caoutchouc (calibre 16 environ), qui aura trempé pendant 48 heures au moins dans une solution de

sublimé à 1/1000, et on la poussera en la faisant pénétrer dans la cavité utérine. Alors que l'extrémité externe affleure la vulve, on la replie sur elle-même dans la cavité vaginale, ainsi que l'indique la figure 19.

Deux accidents peuvent se produire dans l'introduction de la sonde : — la rupture des membranes, qui se manifeste par l'écoulement du liquide amniotique; — le décollement du placenta, qui produit une hémorragie.

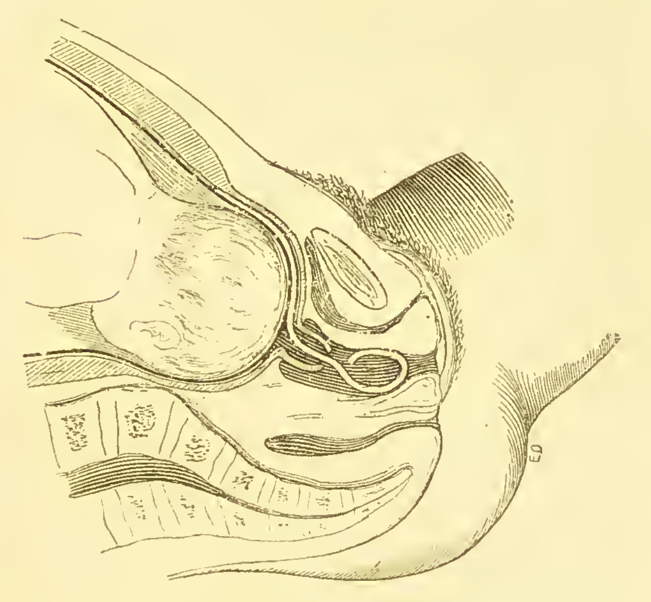


Fig. 19. — Bougie placée pour la provocation de l'accouchement.

*Si on a rompu les membranes*, mieux vaut retirer la sonde, car leur rupture suffit dans la majorité des cas à amener à bref délai les contractions du travail.

*S'il y a écoulement de sang*, on retirera de même la sonde, et le travail se déclarera souvent à la suite ;

en général l'hémorragie est faible, mais si elle était abondante, on la combattrait efficacement par le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée comme s'il s'agissait d'un placenta prævia.

Dans le cas de rupture des membranes et d'écoulement de sang, quand le travail ne se déclare pas au bout de trois jours, on procédera de nouveau à l'introduction de la sonde, comme il a été précédemment indiqué.

La bougie une fois introduite sera laissée vingt-quatre heures en place; si au bout de ce temps le travail n'existe pas encore, on en réintroduira une nouvelle de calibre plus volumineux, et on continuera ainsi pendant quatre jours; si au bout de ce temps l'utérus reste calme, et si la présence de la sonde n'excite aucune contraction on aura recours à un des moyens suivants.

On fait fréquemment usage de ballons soit dilatables (Barnes), soit inextensibles (Champetier de Ribes), qu'on introduit au-dessus de l'orifice interne et qu'on gonfle après pénétration avec un liquide légèrement antiseptique.

Ces ballons, alors que la sonde a échoué, peuvent amener les contractions de l'utérus et provoquer assez promptement leur apparition.

Toutefois leur introduction présente certaines difficultés; ils ont l'inconvénient, surtout le second, de déplacer la partie fœtale qui se présente et de favoriser la procidence du cordon; aussi je leur préfère en général les deux dilatateurs métalliques suivants (fig. 20 et 21) que j'ai inventés dans ce but spécial; le second pouvant favoriser en plus la dilatation, alors qu'elle est lente à se faire, que l'expulsion ait été ou non provoquée.

Quand le travail n'est pas commencé, on place, ainsi que l'indique la figure 20, le petit dilatateur, qui est plutôt un simple excitateur, au niveau de l'ori-

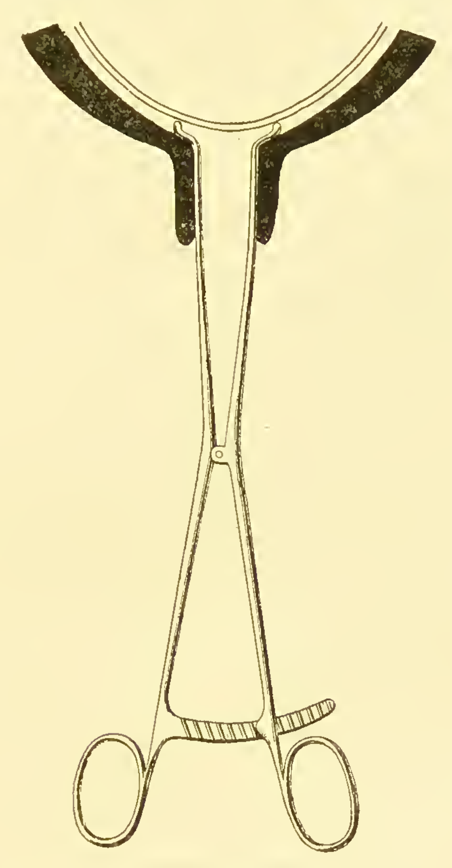


Fig. 20. — Excitateur utérin (Auvard).

fice interne, et on l'ouvre à un degré suffisant, pour qu'il maintienne distendu cet orifice. Sous l'influence de cette excitation permanente les contractions se produisent ; si cet excitateur tombe il est facile de le remettre en place en l'ouvrant davantage pour le pro-

portionner aux dimensions du col, qui est en train de s'ouvrir.

Quand l'effacement est complet et la dilatation grande comme une pièce de 2 francs, on introduit le second dilatateur, dont la forme générale rappelle celle d'un petit forceps, mais qui, ainsi que l'in-

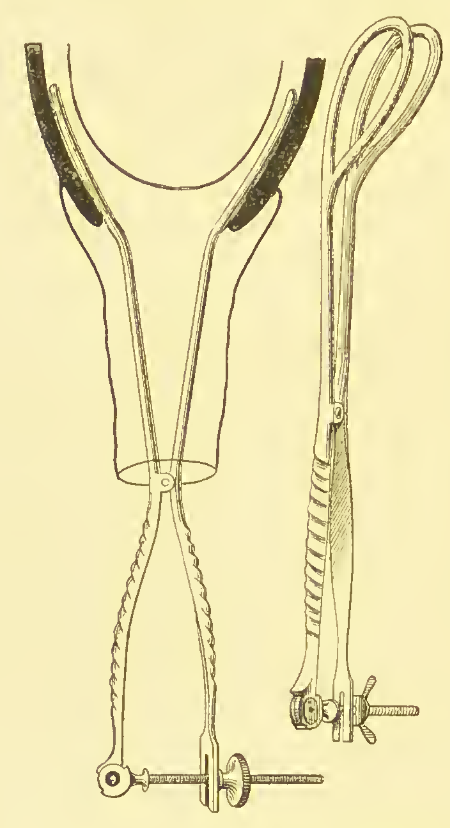


Fig. 21. — Dilatateur utérin (AUVARD).

dique la figure 21, est construit de telle façon qu'il agit excentriquement.

La convexité des cuillers s'applique au segment inférieur de l'utérus, et en serrant la vis, qui main-

tient les manches à l'extérieur, on dilate ce segment inférieur, et on excite en même temps les contractions utérines, qui hâtent proportionnellement à leur intensité la marche de l'accouchement.

Quand la dilatation est complète, on peut, si c'est nécessaire, terminer, suivant la présentation, soit par une application de forceps soit par l'extraction manuelle.

La délivrance et l'antisepsie consécutive à la parturition se feront comme après un accouchement spontané ; toutefois, à cause de l'intervention intra-utérine qui a eu lieu, il sera bon de compléter la toilette génitale par une injection intra-utérine.

## EXTRACTION MANUELLE.

Quand le fœtus se présente par l'ovoïde céphalique un instrument, le forceps, est indispensable pour le saisir et l'extraire ; il n'en est pas de même alors qu'il se présente par le siège, les mains peuvent suffire ; cette dernière opération constitue l'**Extraction manuelle**, qui fait l'objet de cet article.

INDICATIONS.

Les indications offrent une grande analogie avec celles du forceps, auquel je renvoie pour les détails, me contentant de résumer ici ces indications.

**Extraction manuelle d'urgence.**

*Mère.* — Éclampsie, hémorragie génitale grave, maladie sérieuse, produisant l'asphyxie ou l'asystolie.

*Enfant.* — Ralentissement des battements cardiaques.

**Extraction manuelle à volonté.** — La pratiquer quand la température maternelle dépasse 38°, ou

quand la partie fœtale séjourne plus de deux heures au même niveau du canal génital.

CONTRE-INDICATIONS.

Les contre-indications sont au nombre de trois :

1° *Présentation autre que celle de siège.* — Si l'on veut faire l'extraction manuelle, il faut, en pareil cas, commencer par pratiquer une version pelvienne.

2° *Col insuffisamment dilaté ou dilatable.* — Comme pour le forceps, il ne faut pas agir, à moins de circonstances graves pour la mère, avant que la dilatation ne soit complète, sans quoi on pratique l'accouchement forcé, et on s'expose aux lésions, dont il est habituellement la source.

3° *Rétrécissement du bassin.* — Suffisant pour empêcher le passage du fœtus.

OPÉRATION. — La femme étant placée en travers du lit en position obstétricale, la vessie vidée, l'antisepsie de la région génitale pratiquée, sans qu'il soit habituellement nécessaire de donner du chloroforme, on procédera à l'opération qui comprend trois temps :

*Saisie des pieds.*
*Extraction de la tête.*
*Extraction du tronc.*

1er TEMPS. — Introduire la main droite dans les organes génitaux, de manière à saisir, suivant la facilité des cas, un seul ou les deux pieds.

Si l'extraction succède à la version interne, ce premier temps se trouve tout exécuté, car la main attire au dehors le ou les pieds, qui ont servi de point d'appui pour faire évoluer le fœtus.

2e TEMPS. — *Extraction du tronc.* — Pendant toute

l'extraction, prier un aide d'appuyer fortement sur le fond de l'utérus et de le comprimer avec ses deux mains.

*Membres inférieurs*, fig. 22. — Saisir à pleines

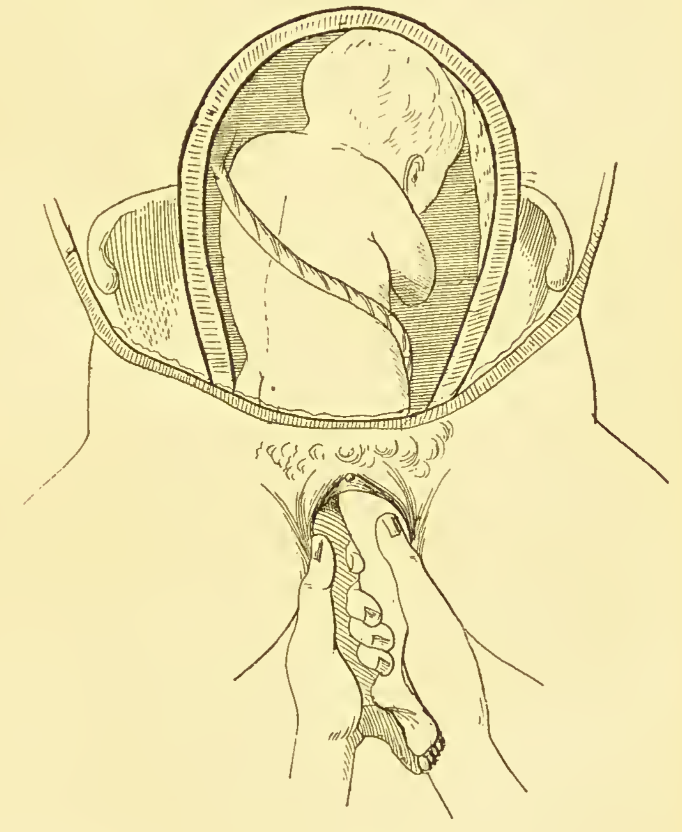


Fig. 22. — Saisie des membres inférieurs.

mains le ou les deux membres inférieurs abaissés, et tirer *fortement en bas* dans la direction supposée de l'axe du détroit supérieur.

*Siège*, fig. 23. — Aussitôt que le siège apparaît à la vulve, le saisir à pleines mains, en le recouvrant

..

au besoin d'un linge sec pour empêcher le glissement, continuer les tractions en bas.

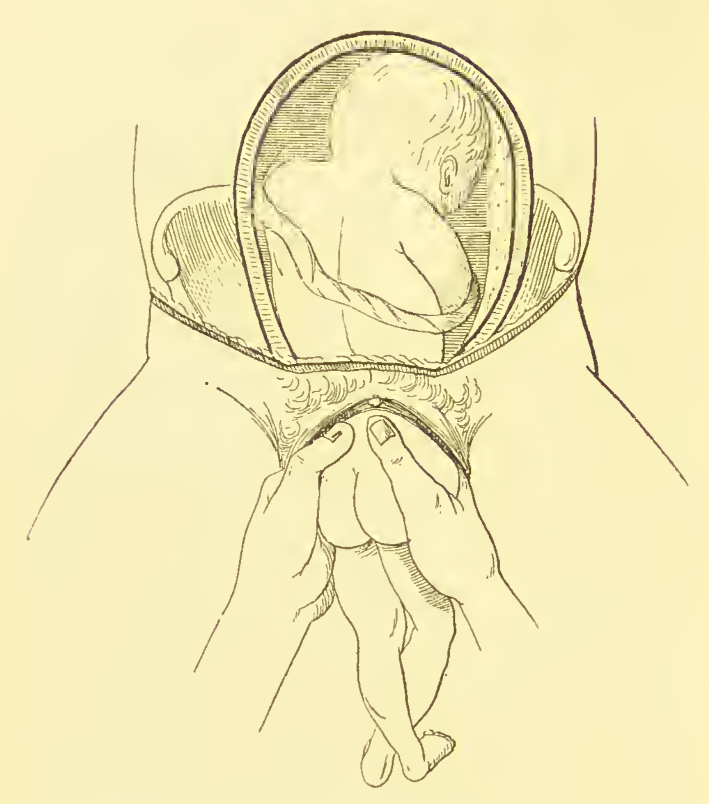


Fig. 23. — Saisie du siège.

*Abdomen*, fig. 24. — Dégager l'abdomen sans changer les mains de place.

*Ne jamais saisir l'abdomen à pleines mains*, à cause des lésions qu'on pourrait ainsi produire sur les viscères contenus dans cette cavité. Aussitôt que le cordon devient visible, exercer des tractions sur le bout placentaire (et non sur le bout fœtal), de manière à constituer une anse et à éviter les tiraille-

ments, auxquels cette tige serait exposée sans cette précaution.

*Thorax.* — Continuer à exercer des tractions sur le siège, en dirigeant la colonne vertébrale vers le mi-

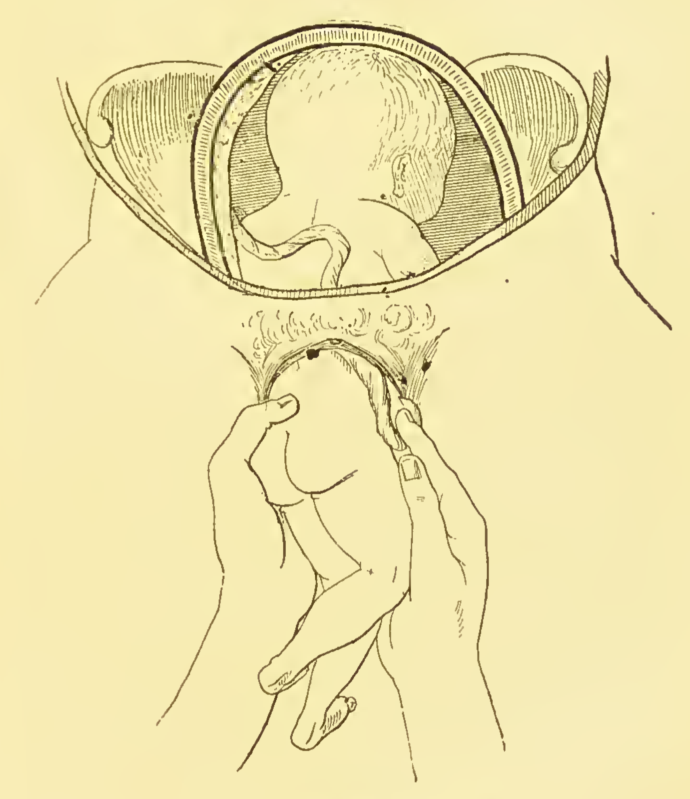


Fig. 24. — Libération du cordon.

lieu de la branche ischio-pubienne, de manière que la tête, en arrivant dans l'excavation, s'oriente facilement et naturellement en occipito-pubienne. Si on laisse la colonne vertébrale en arrière, la tête se placera en occipito-sacrée (d'où des difficultés pour le dégagement de cette extrémité fœtale); si on la

place franchement derrière la symphyse pubienne, l'ovoïde céphalique s'engagera difficilement dans le détroit supérieur, car ses grandes dimensions (diamètre occipito-mentonnier) se trouveront en rapport avec les petites dimensions du bassin) diamètre promonto-pubien).

3e TEMPS. — *Extraction de la tête.* — Quand la tête est petite, bien fléchie, la voie génitale large et souple, et quand l'expression abdominale a été bien faite, il arrive parfois que l'ovoïde céphalique, après l'expulsion des épaules, sort brusquement des organes génitaux, comme *éjaculé.* — Mais, le plus souvent, il faut aider à sa sortie, ce qu'on fera à l'aide de la *Manœuvre de Mauriceau* (fig. 25.)

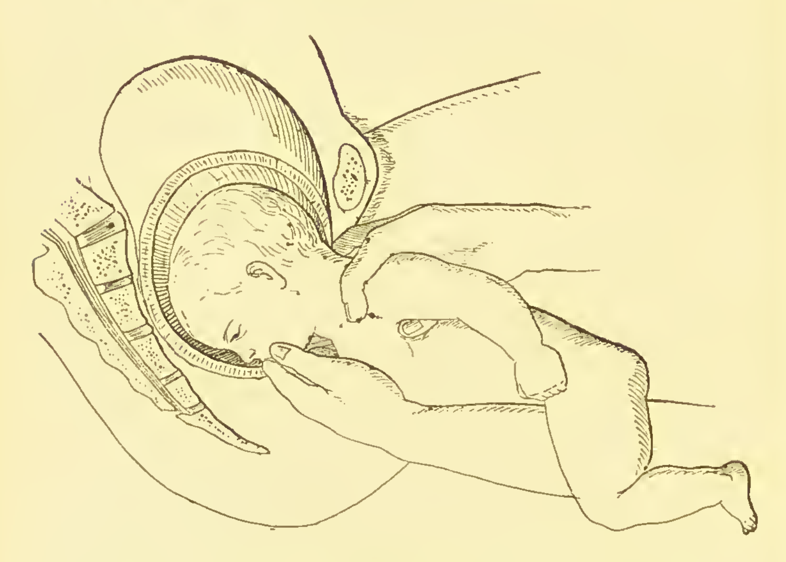


Fig. 25. — Extraction manuelle de la tête par la manœuvre de *Mauriceau.*

Cette manœuvre consiste à introduire un ou deux doigts (index et médius) dans la bouche de l'enfant, et à placer l'autre à cheval sur le cou du fœtus. — Les

tractions exercées à l'aide des deux mains ainsi placées, doivent fléchir la tête et lui imprimer un mouvement de charnière autour du sillon occipito-cervical, amené sous le pubis de la mère.

*Difficultés.*

Au 1er TEMPS. — *Saisie des pieds.* — A moins d'obstacle sur le trajet du canal génital, il est rare que cette saisie soit difficile. — En cas de grossesse gémellaire se contenter de saisir un pied, afin d'éviter de tirer simultanément sur deux membres appartenant aux deux fœtus.

Au 2e TEMPS. — *Extraction du tronc.* — *Tractions sur le mauvais pied.* — Le mauvais pied pour le dégagement du siège est le postérieur, la fesse antérieure venant s'accrocher à la symphyse pubienne. — On évitera cet obstacle en tirant fortement en arrière.

*Fœtus à cheval sur le cordon.* — La tige funiculaire est engagée entre les cuisses du fœtus. Il suffit de libérer le cordon ainsi pincé.

*Relèvement des bras.* — Quand les bras sont relevés, il faut se garder de tirer en bloc sur le fœtus dans l'espoir que tête et membres viendront simultanément; si on opère ainsi, l'extraction sera impossible à moins d'un fœtus relativement petit. Il faut abaisser successivement les bras d'une façon différente, suivant que la tête est arrivée au détroit moyen ou encore retenue au détroit supérieur.

1° *Tête au détroit moyen.* — Commencer le dégagement par le bras postérieur le plus facile à dégager.

Après avoir fortement relevé le fœtus, de manière à rendre plus accessible le bras postérieur, introduire dans les organes génitaux maternels les trois premiers doigts de la main homonyme du membre thoracique qu'on veut dégager, saisir le bras, c'est-à-dire

la partie humérale du membre, et placer les doigts *parallèlement* à ce segment, abaisser le bras en lui faisant suivre un chemin inverse à celui qu'il a dû prendre pour se relever. — Il faut, comme l'a dit *M. Pajot*, faire moucher le fœtus. — Dans les cas

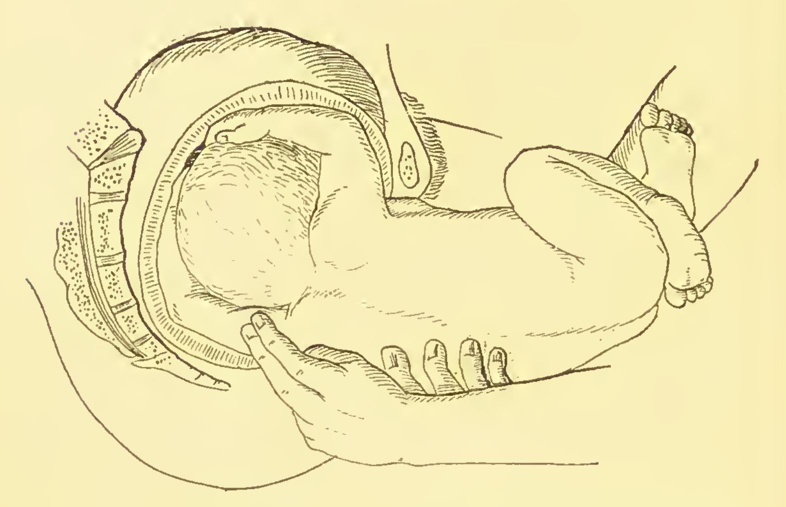


Fig. 26. — Extraction manuelle. Abaissement du bras postérieur.

exceptionnels où l'abaissement serait ainsi impossible, l'essayer dans la direction contraire, en faisant *gratter le dos* avec la main.

Quand le bras postérieur est dégagé, reporter fortement en arrière le tronc du fœtus, pour faciliter l'accès du membre antérieur, introduire de même dans les organes génitaux les trois premiers doigts de la main homonyme du membre, abaisser en procédant de même que pour le bras postérieur (fig. 27).

2° *Tête au détroit supérieur*. — Quand la tête est retenue au détroit supérieur, par un rétrécissement du bassin par exemple, il faut procéder de même au dégagement successif de chaque bras, mais ici, au lieu

de commencer par le postérieur, il vaut mieux *abaisser d'abord l'antérieur*, qui est le plus accessible, car il n'est séparé de la main que par la hauteur du pubis, tandis que le postérieur se trouvant au niveau

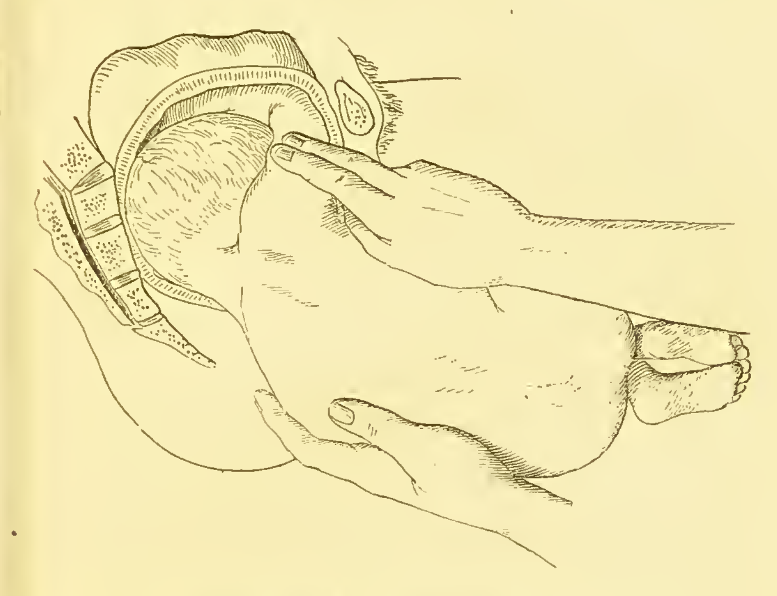


Fig. 27. — Extraction manuelle. Abaissement du bras antérieur.

du promontoire, il faut, pour arriver à lui, suivre le périnée, le coccyx et le sacrum.

Au 3e TEMPS. — *Extraction de la tête.* — L'obstacle à l'extraction de la tête peut siéger :

*Soit au niveau du détroit supérieur*, rétrécissement du bassin : la plupart des pelviviciations, qu'on rencontre en pratique, amenant la réduction du diamètre promonto-pubien ;

*Soit au niveau de l'excavation*, col de l'utérus, qui, insuffisamment dilaté, emprisonne la tête en étranglant le fœtus ;

*Soit au niveau du périnée*, résistance excessive du plancher périnéal.

La conduite à tenir dans ces différents cas sera la suivante :

*Au détroit supérieur : obstacle pelvien.* — Saisir la tête par la *manœuvre de Mauriceau* déjà décrite.

La fléchir.

Tourner la face légèrement en arrière. Imprimer à la tête un *mouvement de pompe bipariétal*, c'est-à-dire en essayant d'abaisser successivement l'une et l'autre tubérosité pariétale. Pendant toute cette manœuvre faire exécuter l'expression abdominale par un aide, expression qui devra surtout porter sur la région frontale du fœtus. Ne pas employer le forceps.

*Dans l'excavation : obstacle cervico-utérin.* — Attirer la tête en employant la manœuvre de *Mauriceau*. Employer le forceps en cas d'insuccès.

*Au niveau du périnée : obstacle périnéal.* — Attirer la tête en employant la manœuvre de *Mauriceau*.

Employer le forceps en cas d'insuccès.

D'une façon générale, la tête doit être placée pendant toutes ces manœuvres :

*Transversalement* au détroit supérieur ;

*Obliquement* (avec l'occiput antéro-latéral) dans l'excavation ;

*Antéro-postérieurement* (et l'occiput en avant) au détroit moyen, et pendant tout le trajet périnéal. Si la tête, arrivée sur le périnée, se trouve située l'occiput *transversalement ou en arrière*, il faudra, en plaçant les mains comme pour la manœuvre de *Mauriceau*, lui imprimer un mouvement de rotation qui ramène l'occiput en avant.

**FACE, PRÉSENTATION.** (Voir *Accouchement.*)

**FÉTIDITÉ DES LOCHIES.** (Voir *Septicémie.*)

## FIBROMES UTÉRINS.

Les fibromes qui se trouvent sur la voie du fœtus (fibromes prævia) nous intéressent seuls ici.

Les fibromes prævia gênent la sortie du fœtus, soit en faisant saillie dans le segment inférieur ou dans la cavité cervicale, soit en occupant le cul-de-sac de Douglas.

Avec un fibrome intra-utérin, si l'accouchement ne peut avoir lieu spontanément ou en exerçant des tractions sur le fœtus, on essaie de repousser la tumeur vers le fond de l'utérus, derrière la présentation. — En cas d'insuccès, saisir la tumeur avec une forte pince à griffes et tordre jusqu'à ce qu'elle tombe.

Dans le cas où le fibrome ne peut être enlevé, la dernière ressource consistera soit dans l'embryotomie si le fœtus est mort, soit dans l'opération césarienne, s'il est vivant; dans certains cas la symphyséotomie pourra avantageusement remplacer l'opération césarienne.

Quand le fibrome occupe le cul-de-sac de Douglas, patienter pendant la période de dilatation, car souvent, après un travail prolongé, on voit la tumeur remonter alors que cette ascension semblait impossible. — Aider au besoin cette ascension en repoussant pendant les contractions la tumeur dans la direction du détroit supérieur. — Quand la réduction ne s'opère pas, il faut avoir recours soit à l'embryotomie si l'en-

fant est mort et si la perméabilité génitale le permet, soit, dans le cas contraire, à l'opération césarienne ou mieux à la symphyséotomie si elle peut suffire.

## FIÈVRE PUERPÉRALE. (Voir *Septicémie.*)

## FORCEPS.

Le forceps est une pince à branches séparables, avec laquelle on saisit le fœtus pour l'extraire des parties génitales.

Parmi les nombreux modèles préconisés les deux plus usités en France sont le forceps de Tarnier ou tricourbe, et celui de Levret ou bicourbe.

Sans nier les avantages du forceps Tarnier, avantages d'ailleurs contestables depuis la résurrection de la symphyséotomie puisqu'on défend les tractions énergiques quand il y a un obstacle osseux, il ne sera ici question que du forceps Levret, le plus simple, le plus facilement aseptisable, très portatif alors qu'on se sert du modèle brisé, qui permet de le mettre dans la poche et qui suffit dans la très grande majorité des cas, pourvu qu'il soit bien manié.

En tout cas, les deux forceps s'appliquant de même, la plupart des principes qui vont être donnés sont également applicables aux deux variétés d'instruments.

Le forceps de Levret (fig. 28) se compose de deux branches terminées par des cuillers fenêtrées ; ces deux branches se dénomment :

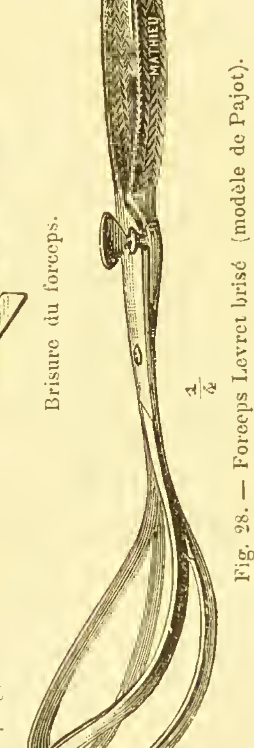
L'une droite ou femelle, à mortaise, l'autre gauche ou mâle, à pivot.

La branche droite est celle qui, par sa cuiller, s'ap-

plique au côté droit de la femme, et réciproquement pour la gauche.

Ce forceps présente deux courbures, l'une sur la face des cuillers destinées à la saisie de la partie fœtale, l'autre le long des bords pour s'appliquer à la courbure de la filière génitale.

L'articulation se fait par une vis ou par un simple pivot.




Brisure du forceps.

Fig. 28. — Forceps Levret brisé (modèle de Pajot). $\frac{1}{2}$

INDICATIONS. — L'étude des indications comprend deux chapitres :

1° *Forceps d'urgence.* — Cas où le forceps doit être promptement appliqué et où son indication est absolue.

2° *Forceps à volonté.* — Cas où le forceps n'est plus urgent et où son indication peut être discutée, c'est-à-dire est relative.

Examinons séparément ces deux chapitres :

**a) Forceps d'urgence.**

L'application du forceps est urgente toutes les fois qu'en l'*absence de contre-indication*, la vie de la mère ou de l'enfant est mise en danger par la prolongation de l'accouchement, à savoir :

*Mère :* Éclampsie, hémorragie génitale grave, maladie sérieuse produisant l'asphyxie ou l'asystolie

*Enfant :* Procidence du cordon, expulsion du méconium (en dehors de la présentation du siège), ralentissement des battements cardiaques.

**b) Forceps à volonté.**

Il n'y a plus urgence comme dans le cas précédent; toutefois la prolongation de l'accouchement, qu'on est à même d'abréger sans inconvénient par le forceps, impose à la mère des souffrances qu'cn peut lui éviter, et, d'autre part, la place dans de meilleures conditions pour le postpartum.

Les causes, qui peuvent amener l'indication du forceps, sont :

*L'inertie ou paresse utérine ;*

*La disproportion entre te fœtus et la voie à traverser ;*

*Une anomalie dans un des temps de l'accouchement.*

En présence d'une de ces causes quelle devra être la conduite du médecin?

Le médecin devra prendre en considération l'état général de sa patiente, et aussi son état local, quant à ce qui concerne son système génital.

Il devra intervenir par une application de forceps quand, *après la ditatation complète, la température s'étève au-dessus de* 38° *indiquant un troubte dans l'économie, ou quand la partie fœtale qui se présente a séjourné plus de deux heures* DANS LA MÊME RÉGION *du système génital; une plus longue attente exposerait à la production de fistules génitales.*

CONTRE-INDICATIONS. — Les contre-indications à l'application du forceps sont au nombre de trois :

1° *Présentation du tronc et de l'abdomen.* — Le forceps ne peut être appliqué que sur l'ovoïde céphalique, ou exceptionnellement sur le siège.

2° *Dilatation incomplète du col.* — Si on applique le

forceps avant la dilatation complète du col, on fait l'*accouchement forcé*, et on s'expose à des ruptures plus ou moins étendues du segment inférieur ; aussi cette application doit-elle être réservée à des cas rares, où la mère court de graves dangers.

3° *Rétrécissement du bassin*. — Le forceps peut être tenté jusqu'à 7 centimètres ; mais, s'il ne réussit pas *après des tractions modérées*, il devra être complété par la symphyséotomie.

Application du forceps.

Les *précautions préliminaires* sont les suivantes :

1° Femme en position obstétricale, sur un lit assez élevé et résistant, aides pour soutenir les jambes ; anesthésie autant que possible ; évacuer la vessie et le rectum ; faire un nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin.

2° Préparer un fil pour lier le cordon, et tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant en cas de mort apparente.

3° Asepsie préalable du forceps et des mains de l'opérateur.

J'arrive à l'opération elle-même, dont l'étude doit être pour plus de clarté divisée en deux chapitres :

*a) Opération envisagée d'une façon générale.*

*b) Opération envisagée dans chaque cas en particulier.*

*a) Opération envisagée d'une façon générale.*

L'accoucheur doit *introduire* le forceps, *articuler* les branches, *extraire* le fœtus saisi par le forceps, d'où trois temps successifs :

1er temps. — *Introduction.*

2e temps. — *Articulation.*

3e temps. — *Extraction.*

1er TEMPS. — *Introduction.*

Trois règles régissent le premier temps, la première concernant la mère, la seconde le fœtus, la troisième le forceps.

1° RÈGLE MATERNELLE.

*Branche droite, saisie de la main droite, introduite à droite de la femme.*

*Branche gauche, saisie de la main gauche, introduite à gauche de la femme.*

Comme l'a ajouté M. *Pajot* : Tout doit être gauche, sauf l'accoucheur.

*Pourquoi la branche droite doit-elle être saisie par la main homonyme?*

Parce que l'autre main doit rester libre pour conduire la cuiller dans l'intérieur des organes génitaux. Si on saisissait la branche droite de la main gauche, il faudrait recourir à la main droite pour diriger la cuiller vers le côté droit du vagin. On se rendra compte de la difficulté de cette manœuvre en essayant sur un mannequin.

*Pourquoi chaque branche doit-elle être introduite du côté homonyme de la femme?*

Parce que la courbure pelvienne du forceps est faite de telle sorte que la branche droite ne peut s'appliquer que du côté droit du bassin et la gauche du côté gauche, sans quoi l'instrument serait placé à *contre sens*, la concavité de la courbure pelvienne de l'instrument regardant la concavité sacrée.

2° RÈGLE FŒTALE.

Le fœtus doit être saisi *d'une oreille à l'autre;* s'il s'agit d'une présentation de l'ovoïde céphalique, le diamètre pincé doit être :

Le bipariétal pour le sommet;

Le bimalaire pour la face ;

Le bitemporal pour le front.

En cas de présentation du siège, choisir le diamètre bitrochantérien.

Il importe de saisir ainsi le fœtus, de manière à avoir la prise la plus solide.

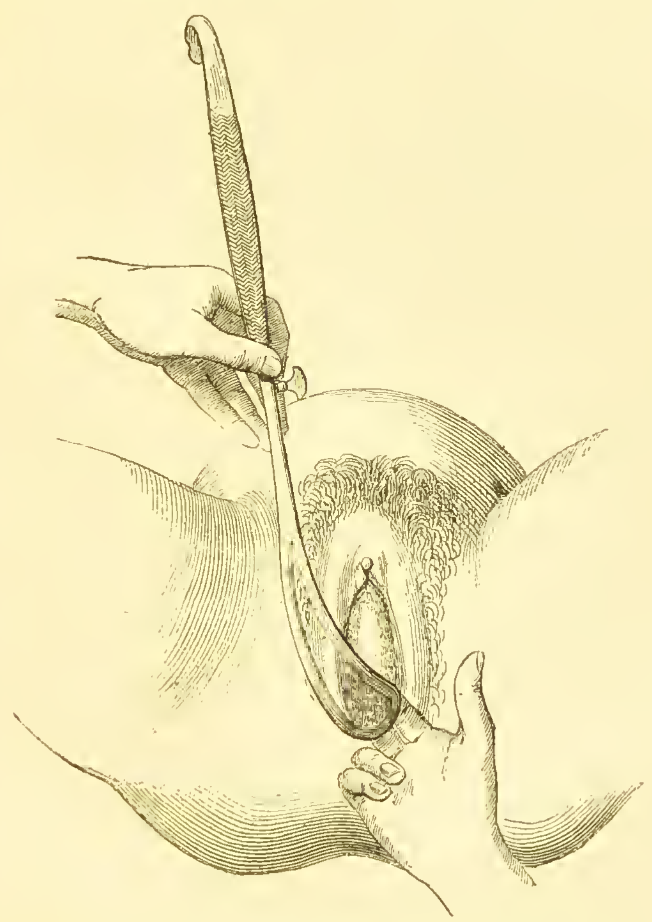


Fig. 29. — Début de l'introduction de la branche gauche.

3° Règle instrumentale.

*Toujours appliquer la branche gauche la première.* —

Si, en effet, on introduit la branche droite la première, elle se trouve placée sous la gauche, et, pour procéder à l'articulation, on sera obligé de faire le *décroisement*, c'est-à-dire de changer l'ordre de superposition des branches.

Cette règle est discutée et certains accoucheurs



Fig. 30. — Fin de l'introduction de la branche gauche.

conseillent d'introduire la première la branche qui doit être placée la plus en arrière, c'est-à-dire suivant les cas, tantôt la droite, tantôt la gauche. C'est compliquer inutilement les règles d'application du forceps ; pour ma part j'introduis toujours (sauf quelques cas spéciaux et exceptionnels) la branche gauche la première.

Telles sont les règles de l'introduction du forceps ;

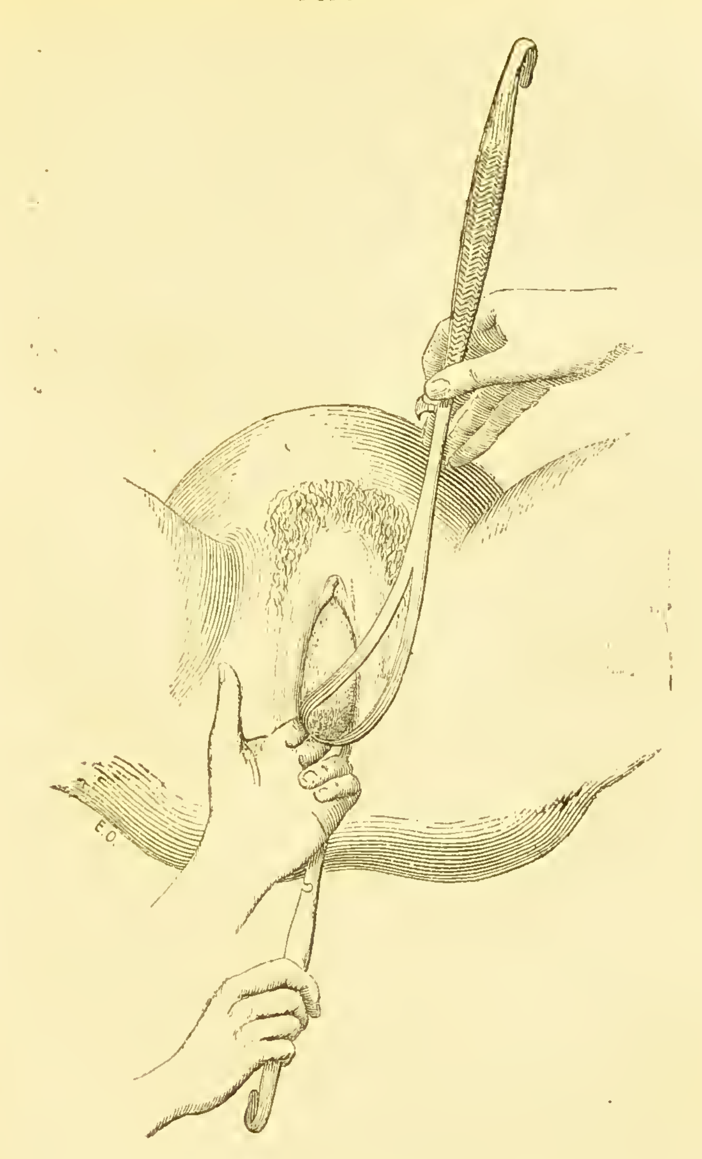



Fig. 31. — Début de l'introduction de la branche droite, la gauche étant déjà appliquée.
(Par erreur du dessinateur, le pivot est dessous sur la branche droite et la mortaise sur la gauche, le contraire étant la vérité.)

voyons maintenant l'exécution en prenant comme exemple le cas le plus simple, une présentation du sommet en occipito-pubienne, la tête à la vulve.

*Introduction de la branche gauche* (fig. 29-30). — Saisir de la main gauche la branche gauche de la manière indiquée par la figure 29. — Introduire deux doigts de la main droite à la partie latéro-inférieure de la vulve. (Lorsque la tête est plus élevée, il vaut mieux introduire les quatre derniers doigts, dont l'extrémité va à la recherche du col, de manière

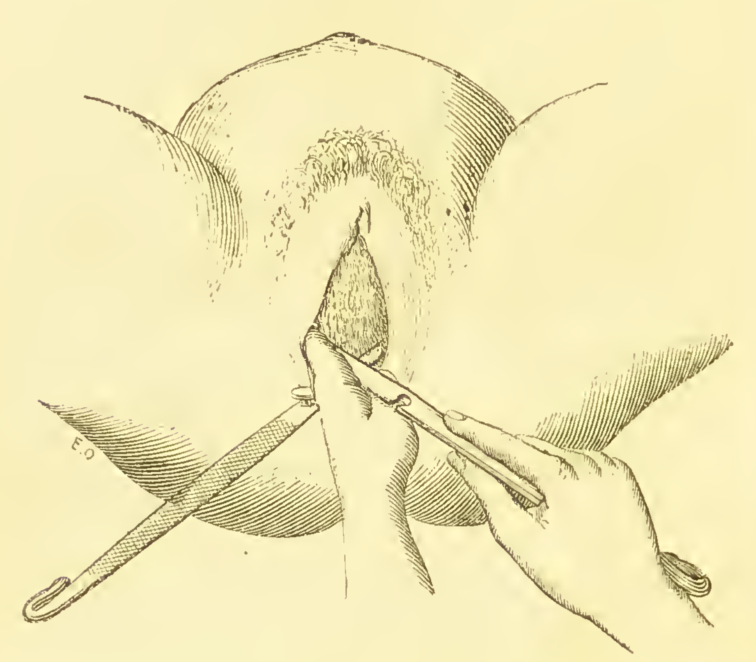


Fig. 32. — Fin de l'introduction de la branche droite.

à éviter de perforer les culs-de-sac du vagin avec l'extrémité des cuillers ; mais, lorsque la tête est à la vulve, cette précaution est inutile, parce que l'orifice externe est franchi par l'extrémité céphalique.)

La branche est introduite, placée au moment de la pénétration en arrière et latéralement (fig. 29) ;

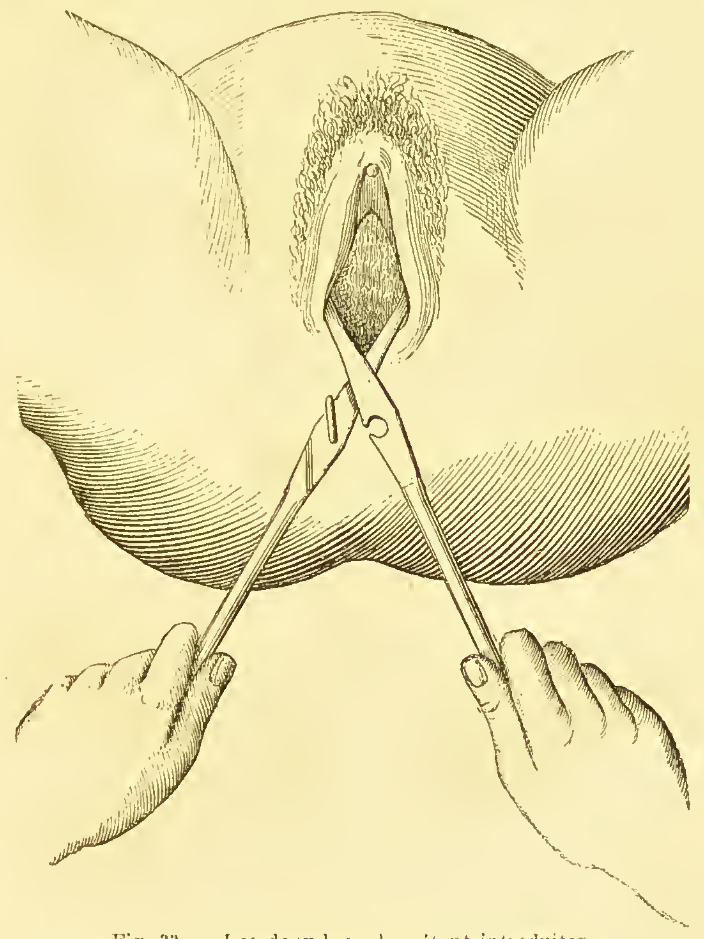


Fig. 33. — Les deux branches étant introduites, on procède à l'articulation.

elle est ensuite ramenée doucement sur le côté de la tête, dans la position qu'elle doit définitivement occuper (fig. 30).

*Introduction de la branche droite* (fig. 31-32). — La

branche droite est saisie de la main droite, la main gauche sert pour guider la cuiller, introduite dans les organes génitaux, *au-dessus de la branche déjà placée.*

L'introduction a lieu comme précédemment.

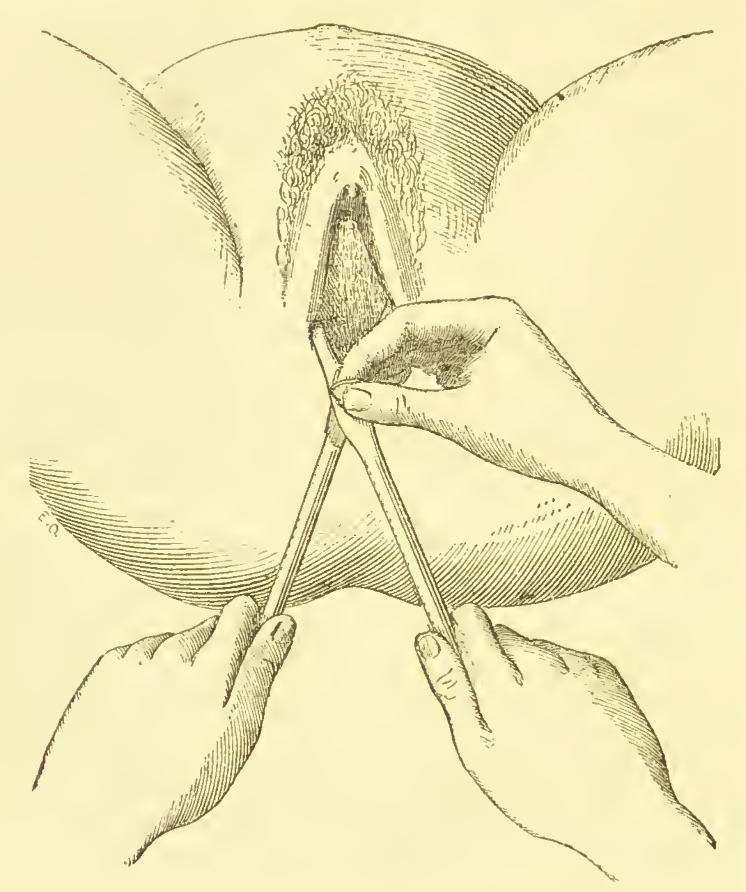


Fig. 34. — Articulation. Application de la vis.
(Les manches à ce moment doivent être horizontaux ; sur les figures 33 et 34, ils sont inclinés en arrière pour montrer le détail de l'opération.)

La branche droite est complètement introduite ; la main directrice, glissée dans les organes génitaux,

ne doit être retirée qu'après placement définitif et complet de la branche instrumentale.

L'introduction est terminée.

2e TEMPS. — *Articulation.*

Pour procéder à l'articulation, c'est-à-dire à la réunion des deux branches, on saisit avec chaque main l'extrémité des manches au moyen des crochets (fig. 33) et, après avoir opéré *le décroisement,* quand il est nécessaire, on établit le parallélisme des branches, ce qui est facile avec le point d'appui fourni par les crochets; on articule en faisant pénétrer le *pivot* de la branche *mâle* dans la *mortaise* de la branche *femelle.*

On prie alors, pendant qu'on maintient l'instrument, un aide de serrer la vis d'articulation (fig. 34).

Le forceps articulé, avant de procéder à l'extraction on pratique le toucher pour s'assurer que *la tête est bien saisie et seule saisie.*

Si une anse de cordon, ou un petit membre était pincé entre la cuiller et la partie fœtale, il faudrait enlever le forceps, ou au moins la branche mal appliquée pour procéder à sa réintroduction.

Le forceps *s'enlève* de la façon suivante : on désarticule, après avoir desserré la vis, et on retire d'abord la branche droite en lui faisant suivre avec douceur un trajet absolument inverse à celui de l'introduction ; puis on procède de même pour la branche gauche.

Le forceps est supposé bien appliqué, arrivons à l'extraction.

3e TEMPS. — *Extraction* (fig. 35-36).

Le forceps est saisi à l'aide des deux mains, ainsi

que l'indique la figure 35, la main gauche auprès de la vulve et la droite au contraire au niveau des crochets de l'instrument, de manière à imprimer à l'instrument un *mouvement de levier*, indispensable pour exercer les tractions dans l'axe.

Au moment où la tête va franchir la vulve, on sai-

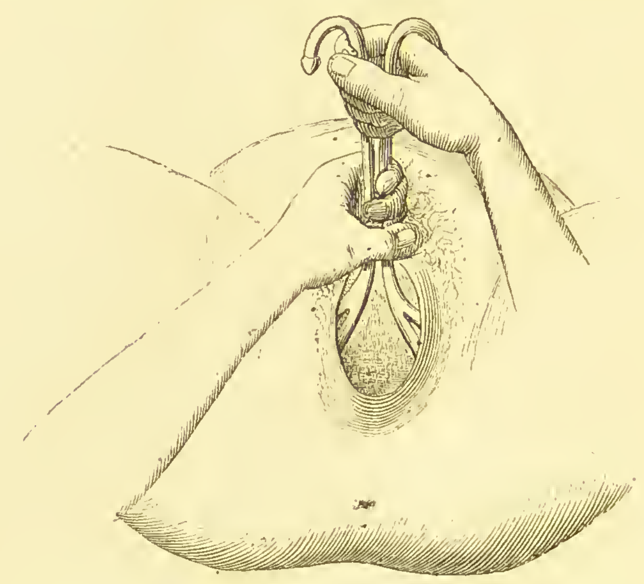


Fig. 35. — Extraction en exerçant un mouvement de levier. — La tête arrive à l'orifice vulvaire.

sit le forceps d'une main, en élevant progressivement le manche, de façon à imprimer un mouvement de déflexion à l'extrémité céphalique.

Le pouce de l'autre main est appliqué sur le périnée, maintenant la tête fœtale et modérant la rapidité de la sortie, pour éviter les déchirures de cette région (fig. 36).

*b) Opération envisagée dans chaque cas en particulier.* — La règle du forceps diffère suivant qu'il s'agit d'un

sommet, d'une face, d'un front, d'un siège ou d'une tête dernière.

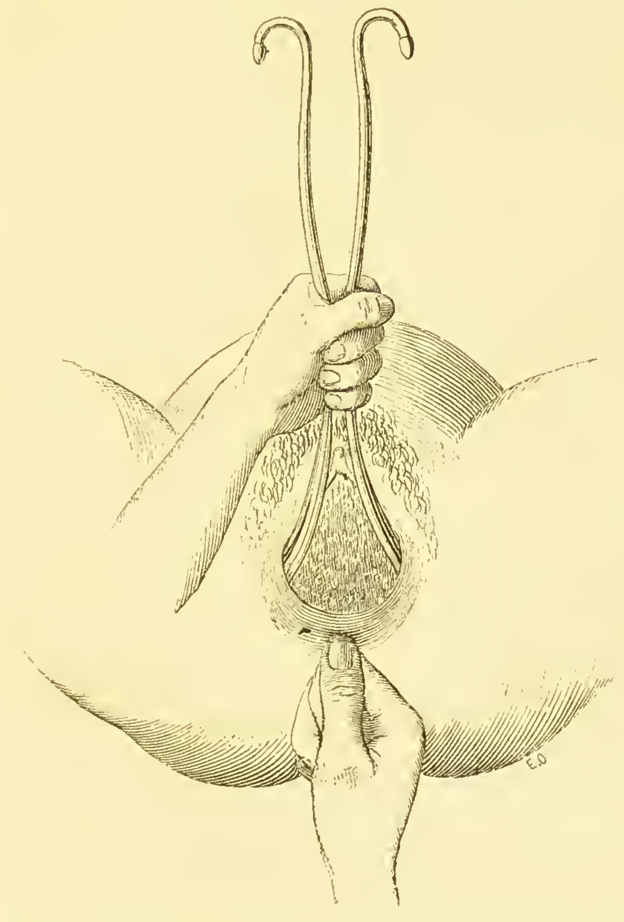


Fig. 36. — Extraction; le forceps est tenu d'une main pendant que l'autre soutient le périnée. — La tête franchit l'orifice vulvaire.

1° *Sommet.*

*a) La tête est sur le périnée.* Elle est généralement située à ce niveau en OP ou en OS. On applique directement le forceps, et on extrait en imitant le mécanisme normal de l'accouchement.

Toutefois pour l'OS, alors que la tête est encore à une certaine distance de la vulve, on pourra essayer par un mouvement de rotation de la ramener en OP.

Pour exécuter ce *mouvement de rotation*, il est important de *faire décrire l'arc de cercle aux manches et non aux cuillers*. — Ce principe sera toujours présent à l'esprit, alors que le mouvement de rotation doit être imprimé à l'aide du forceps.

*b) La tête est dans l'excavation* en OIDA-OIGA. OIDP-OIGP.

OIGA-OIDA. — Appliquer le forceps sur les bosses pariétales, ainsi qu'il a été indiqué à propos des règles générales d'application de l'instrument. — L'introduction de la cuiller se fait directement sur la bosse pariétale, qui se trouve latéralement et en

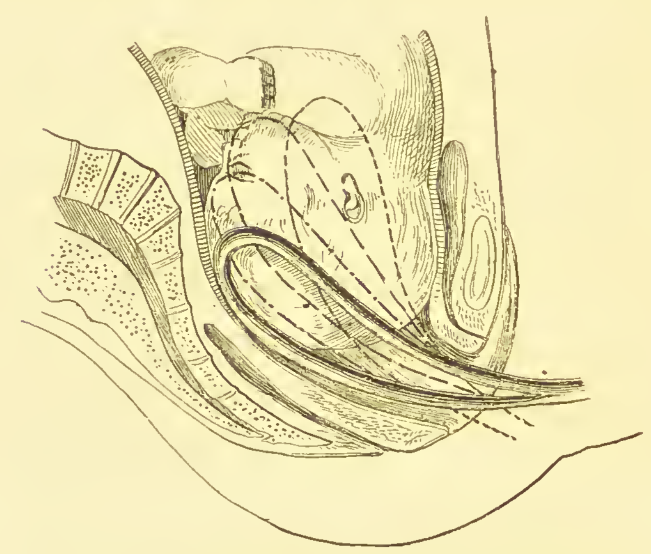


Fig. 37. — Mouvement de spire de Mme Lachapelle.

arrière, puis en second lieu sur celle qui est située latéralement et en avant.

Il faut imprimer le *mouvement de spire de Mme Lachapelle ;* pour cela, la cuiller étant introduite latéralement et en arrière, on la ramène en avant et latéralement en lui imprimant les différentes phases du mouvement indiqué par la figure 37.

OIGP-OIDP. — Dans l'OIGP, appliquer le forceps comme s'il s'agissait d'une OIDA, et terminer l'accouchement en ramenant l'occiput en avant ; si cette rotation est impossible, terminer l'accouchement en OS. — Pour une OIDP, appliquer le forceps comme s'il s'agissait d'une OIGA, imprimer le mouvement de rotation en avant, puis terminer en OP, sinon terminer en OS.

*c) La tête est au détroit supérieur.*

La tête au détroit supérieur rétréci est en général transversalement placée, c'est-à-dire en OIGT ou OIDT.

L'application bipariétale du forceps est difficile et ne présente aucun avantage sérieux : l'application d'une bosse pariétale d'un côté à la bosse frontale du côté opposé est déjà meilleure ; mais l'application la plus simple et qui donne, en somme, les meilleurs résultats est celle qui consiste à appliquer une cuiller directement sur l'occiput, l'autre directement sur le front.

La tête étant ainsi saisie, on la descend dans l'excavation, jusqu'au niveau du détroit inférieur, en la plaçant en position directe, et on fait alors une nouvelle application, qui permet de terminer régulièrement l'accouchement.

Toutefois, même avec la prise occipito-frontale, on peut, sans nouvelle application, terminer l'accouchement, en plaçant, au moment du dégagement vulvaire, une cuiller directement en avant, et l'autre

directement en arrière, de manière que la tête se dégage franchement en OP.

2° *Face.*

Les applications sur la face se font d'après les mêmes principes que ceux qui viennent d'être indiqués pour le sommet. Les cuillers, au lieu d'être appliquées sur les bosses pariétales, le seront sur les tubérosités malaires.

Alors que le menton se trouve placé en arrière, nous savons, de par le mécanisme de l'accouchement, qu'il est indispensable, pour que l'accouchement ait lieu, que le menton tourne en avant. — *Il faudra donc s'efforcer d'obtenir cette rotation avec le forceps et ne jamais essayer de dégager en mento-sacrée.*

3° *Front.*

Mêmes règles d'application que pour la face. — Pour le dégagement on ramènera autant que possible l'occiput en avant ; toutefois on sait que le dégagement peut aussi avoir lieu, alors qu'il se trouve en arrière. Imiter pendant le dégagement le mécanisme normal avec cette variété de présentation.

4° *Siège.*

On aura rarement recours au forceps pour le siège ; toutefois si on était amené à en faire usage, il faudrait saisir dans les cuillers le diamètre bitrochantérien et imiter pour l'extraction le mécanisme normal de l'accouchement en présentation du siège.

5° *Tête dernière.*

Sur la tête dernière le forceps ne devra être appliqué que s'il s'agit d'un obstacle, constitué par le bassin mou.

Pour son application, on glissera les cuillers le long du plan antérieur ou sternal du fœtus, on saisira la bosse pariétale comme pour la tête première et on

fera l'extraction en imitant artificiellement les mouvements que doit accomplir la tête dans sa sortie spontanée.

DIFFICULTÉS.

Des difficultés peuvent se rencontrer à chacun des trois temps de l'opération.

*a) Difficultés à l'introduction.*

1° *Présentation connue, mais position indéterminable.* — A l'aide du toucher manuel, on peut généralement déterminer la position, sinon on appliquera le forceps en supposant l'existence d'une occipito-pubienne ; la prise aura ainsi de grandes chances d'être irrégulière, mais on arrivera cependant à opérer l'extraction quoique défectueuse.

2° *Étroitesse du vagin et de la vulve.* — Avec l'aide du chloroforme, il est exceptionnel que cette étroitesse oppose un obstacle sérieux à la pénétration, sinon on essaierait la dilatation manuelle progressive, ou au besoin on aurait recours à des débridements avec un instrument tranchant.

3° *Col introuvable.* — Quand on introduit la cuiller, il faut avoir soin de toucher le bord libre du col avec les doigts directeurs, placés dans l'intérieur des organes génitaux, afin d'éviter la perforation d'un des culs-de-sac. — Toutefois, quand la partie fœtale est très basse, au voisinage de l'orifice vulvaire, cette précaution sera inutile, le col étant trop éloigné pour être facilement atteint et l'extrémité des cuillers n'ayant plus à pénétrer assez profondément pour exposer à la blessure des culs-de-sac.

4° *L'instrument butte.* — Quand l'instrument est mal dirigé, l'extrémité de la cuiller vient butter soit

contre les parois du vagin, soit contre la partie fœtale, spécialement sur le cuir chevelu, au niveau, par exemple, d'un pli de la peau à cet endroit. — Pour franchir cet obstacle, il faut éviter de recourir à la force, qui exposerait à des lésions sérieuses, mais incliner les manches à droite et à gauche jusqu'à ce que l'extrémité des cuillers trouve sa voie naturelle ; il faut en somme procéder comme pour un *véritable cathétérisme.*

5° *Difficulté du mouvement de spire.* — Ce mouvement est difficile, quand on tente de l'exécuter avant que l'extrémité de la cuiller ne soit assez enfoncée, ou quand, pour le faire, on n'abaisse pas suffisamment le manche de l'instrument. — Donc introduire préalablement la cuiller jusqu'au voisinage du cou fœtal, et à ce moment franchement abaisser le manche du forceps.

*b*) *Difficultés à l'articulation.*

1° *Branches à hauteur inégale*, de telle sorte que la mortaise ne se trouve pas en face du pivot, ce qui est causé le plus souvent par l'inclinaison de la tête. Abaisser la branche la plus élevée, dans l'étendue nécessaire, pour rendre l'articulation possible.

2° *Branches non parallèles.* — Ce qui est dû, dans les applications obliques, à ce que le mouvement de spire n'a pas été suffisamment étendu pour la branche antéro-latérale. — Compléter ce mouvement de spire en introduisant dans les organes génitaux la main directrice.

3° *Impossibilité de rapprocher les branches.* — Il arrive, le forceps étant introduit, que le pivot, se trouvant en face de la mortaise, on ne peut cependant articuler par l'impossibilité de rapprocher les branches l'une de l'autre.

Cet obstacle est dû, alors que la tête est élevée ou volumineuse (hydrocéphalie), à ce que l'extrémité des cuillers, *qu'on n'a pas suffisamment introduites*, vient butter d'une part sur la partie la plus large de la tête et, d'autre part, sur la paroi pelvienne, de telle sorte que, si l'on veut, par exemple, rapprocher le manche gauche de la cuisse gauche de la femme, ce mouvement devient impossible, de même pour le manche droit par rapport à la cuisse droite.

Pour éviter cet inconvénient, introduire les cuillers plus profondément et l'articulation devient facile.

c) *Difficultés à l'extraction.*

Les difficultés à l'extraction peuvent provenir de deux sources : tantôt de la *mère* ou du *fœtus*, tantôt de *l'accoucheur* lui-même.

1° *Mère ou fœtus, cause des difficultés.* — Toute cause amenant le rétrécissement du canal génital rend l'extraction difficile, parfois même impossible. Il en est de même de toute exagération de volume fœtal (excès de volume général ou limité hydrocéphalie).

Dans ces cas de disproportion entre le volume du fœtus et le calibre du canal génital, avec quelle intensité peut-on, sans danger, tirer sur le fœtus par l'intermédiaire du forceps ?

Avec le forceps bicourbe l'accoucheur peut déployer sans crainte toute la force dont il est capable, à la condition : de ne pas s'arc-bouter en prenant, par exemple, point d'appui contre le lit avec les pieds, de ne pas agir par secousses et de tirer dans la bonne direction.

Il arrive souvent qu'après avoir échoué à une première application du forceps, on réussit à une seconde, ou même à une troisième, faite à une heure

d'intervalle environ. Ce succès peut s'expliquer ou par un certain degré de réduction de la tête, ou par une meilleure position de celle-ci, ou par la diminution dans la résistance des parties molles maternelles. Aussi, en certains cas, a-t-on intérêt, après un échec, à faire une ou plusieurs tentatives, séparées par un certain intervalle.

2° *Accoucheur, cause des difficultés.* — Ou le forceps tient solidement la tête qui ne descend pas, ou il dérape.

Dans le premier cas, tantôt la partie fœtale est mal prise, quand par exemple, dans une présentation du sommet, les cuillers sont trop rapprochées du front et tendent à produire la déflexion, ou encore trop près du front avec une présentation de la face, d'où tendance fâcheuse à la flexion ; tantôt la prise est bonne, et ce sont les tractions qui sont faites dans une mauvaise direction, comme dans le cas mentionné par M. *Pajot*, où un médecin, monté sur le lit de la parturiente, tirait sur le forceps, verticalement de bas en haut. — Il importe d'exercer des tractions dans l'axe du canal génital.

Quand le forceps *dérape*, c'est-à-dire s'échappe des organes génitaux sans amener la partie fœtale, la cause en est soit l'introduction insuffisante des cuillers, soit la mauvaise fabrication du forceps (l'accoucheur est responsable en pareil cas du choix de son instrument) ; il suffit de signaler ces défauts pour mettre l'accoucheur en garde contre eux.

**FRONT, PRÉSENTATION.** (Voir *Accouchement.*)

**GÉMELLITÉ.** (Voir *Accouchement gémellaire.*)

## GERÇURES DU SEIN. (Voir *Allaitement.*)

## GROSSESSE, HYGIÈNE.

*Système digestif.* — Contre les *vomissements* de la grossesse, on emploiera : — la solution de cocaïne au 1/10 : 5 gouttes dans un peu d'eau, 4 ou 5 fois par jour, au moment des nausées. — Pilules de valérianate de cérium de 5 centigrammes, 5 par jour. — Pilules d'oxalate de cérium, la même dose. — Pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes, 1 pilule avant le repas. — Pulvérisations d'éther sur le creux de l'estomac. — Pour les autres médicaments à employer voir l'article *Vomissements graves.*

Contre la *constipation*, on donnera les laxatifs buccaux habituels (magnésie, rhubarbe, cascara sagrada, eaux de Rubinat, Hunyadi-Janos, Montmirail et Châtel-Guyon). — Comme laxatifs rectaux, on prescrira des lavements avec de l'huile, de la glycérine ou du miel.

*Système génital.* — Pendant la grossesse les ablutions vulvaires et les injections vaginales peuvent être continuées sans inconvénients; toutefois, il sera nécessaire que les injections vaginales soient faites avec douceur et avec du liquide porté à la température du corps (37°). Dans les cas d'utérus irritable et si la femme est prédisposée aux fausses couches, il vaudra mieux défendre les injections.

Alors que la grossesse est absolument normale, les rapports sexuels pourront être continués sans inconvénient, mais ils devront être proscrits si la femme a des contractions utérines douloureuses ou des pertes de sang même légères, ou si une raison quelconque fait craindre la possibilité d'une fausse

couche. — Dans les cas où l'abstinence sexuelle semble nécessaire, il sera sage d'exiger que mari et femme fassent lit séparé, afin d'éviter toute excitation génésique.

*Médicaments et opérations.* — Tous les médicaments calmants, notamment l'opium, le chloral, le sulfonal, l'antipyrine, le bromure de potassium, pourront être employés pendant la grossesse. La gestante présente même une tolérance bien connue pour l'opium et ses dérivés.

Il faudra éviter l'emploi des vomitifs, des purgatifs énergiques ou drastiques et des médicaments ayant une action abortive tels que : le seigle ergoté, la rue, la sabine, l'absinthe, l'armoise, le salicylate de soude et l'acide salicylique.

Le sulfate de quinine possède une action abortive qui devra faire redouter son emploi pendant la grossesse ; toutefois dans les cas d'empoisonnement paludéen, quelle que soit la manifestation de ce poison, il ne faudra pas craindre d'y avoir recours, l'expérience ayant appris que les gestantes atteintes de malaria tolèrent bien ce médicament.

La question se pose souvent de savoir si une femme enceinte peut, sans inconvénient, subir une opération.

Cette question doit être envisagée à deux points de vue.

1° *L'état puerpéral nuit-il aux suites de l'opération?* — Contrairement à ce qu'on croyait autrefois la réponse semble devoir être négative. Pourvu que l'antisepsie soit bien faite, les suites opératoires sont à peu près les mêmes, pendant l'état puerpéral ou en dehors de lui.

2° *L'opération est-elle contraire à la marche normale*

*de la grossesse?* — L'avortement peut être la conséquence de toute opération, et il a d'autant plus de chances de se produire que le traumatisme a été plus proche de l'utérus. Mais il faut reconnaître que les femmes réagissent à cet égard d'une façon très variée : les unes avortent à la suite de l'avulsion d'une dent, tandis que d'autres continuent leur grossesse malgré une ovariotomie ou l'amputation du col utérin.

D'une façon générale, on devra, pendant la grossesse, se limiter aux opérations d'urgence, et remettre à une époque ultérieure toutes celles qui peuvent attendre sans inconvénient.

*Vêtements.* — Tout vêtement serré est défavorable à la gestante. C'est dire que l'usage du corset devra être cessé aussitôt que l'abdomen commence à grossir ; on le remplacera par un vêtement en tissu rigide, tel que le corset de grossesse.

Éviter l'usage des jarretières, qui prédisposent au développement des varices et les remplacer par des jarretelles, liens fixant les bas à la ceinture.

Chez les multigestes, il sera bon, alors que la paroi abdominale a été relâchée par les grossesses antérieures, de faire porter une ceinture abdominale, capable de maintenir l'utérus en bonne situation.

*Exercices et voyages.* — Les femmes inoccupées devront prendre un exercice quotidien et régulier.

La marche est préférable aux courses en voiture.

Les personnes ayant une occupation habituelle peuvent, si la grossesse est normale, continuer à s'y livrer comme avant la conception, toutefois en évitant les veilles prolongées et les fatigues exagérées.

Tout exercice violent doit être évité, et, bien que certaines femmes puissent continuer l'équitation

pendant la grossesse, on ne saurait hésiter à la déconseiller, de même que la danse et certains sports, tels que la bicyclette si à la mode aujourd'hui.

Pendant la saison d'été, les gestantes demandent souvent si elles peuvent prendre des bains froids ou des bains de mer et se livrer à l'exercice de la natation. On répondra par l'affirmative, à la condition que la grossesse soit complètement normale et que les bains soient courts et ne dépassent pas une durée de 10 minutes.

Le médecin sera souvent interrogé au point de vue des voyages par voie ferrée ou par voie maritime.

D'une façon générale, les longs déplacements devront être déconseillés, car, si une cause accidentelle quelconque amenait l'avortement ou l'accouchement prématuré, la femme se trouverait dans les conditions les plus défavorables.

Cependant, quand la gestante a déjà eu d'autres grossesses absolument normales et que la grossesse actuelle semble se comporter comme ses aînées, les longs voyages pourront être permis; mais ils devront être conseillés dans l'époque correspondante à l'inter-menstruation habituelle ; il sera bon, en outre, de prescrire de la teinture de viburnum prunifolium, du laudanum ou de la morphine, avec indications précises de leur mode d'emploi, pour que la femme puisse en faire usage, si elle était atteinte d'une menace de fausse couche.

## GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Il y a encore peu de temps le traitement de la grossesse extra-utérine était très compliqué : il se compo-

sait d'une série de moyens tels qu'injections intra-ovulaires, électricité, compression, etc.

Grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, ces différents procédés ont été relégués au second plan, et on peut dire, à l'heure actuelle, que le traitement de la grossesse extra-utérine se résume dans la phrase suivante : *Toutes les fois qu'on soupçonne une grossesse extra-utérine et à plus forte raison si le diagnostic est certain, il faut intervenir par la laparotomie.*

L'indication qui précède reconnaît toutefois une double exception à savoir :

L'hématocèle,

Le kyste fœtal mort transformé en lithopædion et bien supporté par la femme.

Dans ces deux alternatives, la thérapeutique expectante est la meilleure.

Enfin il est des cas où, le fœtus faisant une saillie très marquée du côté du vagin, on peut tenter l'extirpation par la voie vagino-vulvaire ; mais ces cas d'intervention par la voie vaginale doivent être relativement très rares, et c'est à la laparotomie qu'il faudra comme règle donner la préférence.

La laparotomie sera faite suivant les règles ordinaires, après quoi on ira à la recherche du kyste fœtal qu'on extraira en bloc comme un kyste de l'ovaire si la grossesse est peu avancée.

Quand, au contraire, la gestation est près du terme, on ouvrira d'abord l'œuf pour extraire le fœtus, puis, si le kyste fœtal est pédiculisable, on l'enlèvera complètement en constituant un pédicule comme pour un kyste de l'ovaire.

Si on ne peut le constituer, on terminera par une des trois méthodes suivantes :

1° Soit fixation de la poche à la plaie abdominale ;

2° Soit drainage de la cavité ovulaire dans la cavité vaginale et fermeture de l'œuf du côté de l'abdomen et suture normale de la plaie abdominale;

3° Soit enfin résection partielle des parois ovulaires, isolement de tout ce qui reste de l'œuf à l'aide de sutures et fermeture de la plaie abdominale.

## HÉMORRAGIES DU POSTPARTUM.

Il est rare que les hémorragies du postpartum soient assez intenses pour réclamer un traitement actif; le plus souvent le repos associé aux injections d'eau chaude et, au besoin, l'administration d'ergot de seigle suffiront à les arrêter.

L'hémorragie, qui survient de 1 à 12 heures après la délivrance, est due le plus souvent à l'inertie utérine; elle reconnaît en tous cas les mêmes causes que les hémorragies de la délivrance et est justiciable du même traitement.

L'hémorragie qui survient plus tardivement et qui est inquiétante soit par son abondance, soit par sa durée, dépend tantôt de la rétention des débris ovulaires, tantôt du retard dans l'involution utérine; les injections intra-utérines chaudes, associées aux moyens qui précèdent, suffisent ordinairement à les arrêter; dans les cas rebelles on aura recours au curage et au tamponnement intra-utérin.

## HYDRAMNIOS.

L'hydramnios est en général chronique et exceptionnellement aiguë.

*Dans la forme chronique* se méfier de l'existence de la syphilis, et si cette dernière est prouvée, adminis-

trer le traitement spécifique. — Pendant le travail, si la distension utérine rend les contractions languissantes, on rompra prématurément la poche des eaux à la double condition que la présentation soit normale (sommet) et qu'avec un effacement complet, il y ait une dilatation grande comme deux francs. — Il faudra modérer la sortie du liquide amniotique en obstruant la vulve avec la main, de manière à empêcher que l'écoulement trop brusque n'amène une procidence du cordon.

Avec l'*hydramnios aiguë*, les accidents asphyxiques graves peuvent se produire, auquel cas il faut intervenir par la ponction de l'utérus à travers la paroi abdominale et l'évacuation de la plus grande quantité du liquide amniotique. — Si cette thérapeutique ne suffisait pas, il faudrait recourir à l'accouchement provoqué, en employant de préférence comme mode d'intervention la rupture des membranes.

Pendant le travail, la rupture artificielle des membranes suffirait pour faire disparaître les accidents.

## HYDROCÉPHALIE.

La conduite diffère suivant que la tête est première ou dernière.

*Tête première.* — Quand la tête ne s'engage pas spontanément ou à l'aide du forceps, la ponction qui a été conseillée par quelques auteurs est inutile, vu la non-viabilité du fœtus, et il vaut mieux, en pareil cas, avoir de suite recours à l'embryotomie.

*Tête dernière.* — Quand la tête ne peut être extraite par la manœuvre de Mauriceau, on ouvre le canal vertébral vers la partie supérieure du dos et, introduisant par ce trajet dans le canal rachidien une

sonde, qui arrive presque dans la cavité crânienne, on amène l'évacuation du liquide céphalo-rachidien; on peut ensuite terminer l'extraction.

**HYDRORRÉE.**

L'hydrorrée, quelle qu'en soit la cause, c'est-à-dire soit la rupture de l'œuf, soit sans rupture la sécrétion séreuse de la paroi utéro-ovulaire, devra être traitée par le repos au lit et les sédatifs utérins; teinture de viburnum prunifolium au 1/2, 20 à 100 gouttes par 24 heures; laudanum; morphine. Ce traitement aura pour but de retarder l'accouchement, si possible, jusqu'au moment de la viabilité fœtale.

**HYDROTHORAX FŒTAL.** (Voir *Ascite.*)

**HYGIÈNE DE LA GROSSESSE, DE L'ALLAITEMENT.** (Voir *Allaitement*, *Grossesse Hygiène.*)

**HYSTÉROTOMIE.** (Voir *Opération césarienne.*)

**INCISIONS DU COL.** (Voir *Cancer utérin*, *Col utérin-dystocie.*)

**INCISIONS VULVAIRES.** (Voir *Périnée-déchirures.*)

**INERTIE UTÉRINE.** (Voir *Délivrance*, *Forceps. Hémorragies post partum.*)

**INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.** (Voir *Septicémie.*)

**INSUFFLATION.** (Voir *Mort apparente.*)

**INVERSION UTÉRINE.**

L'inversion utérine puerpérale se produit, en général, au moment de la délivrance ou peu de temps après elle.

Pour réduire l'inversion, après avoir extrait les annexes ovulaires, on repoussera le fond de l'utérus avec les doigts ; après quoi on fera le tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, complété par le tamponnement vaginal. — Un ou deux grammes de seigle ergoté seront simultanément administrés à la femme sous forme d'injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine. — On laissera le tamponnement intra-utérin douze heures en place.

Quand l'inversion est ancienne et date de semaines, mois ou années, on tentera la réduction à l'aide du taxis digital; on appliquera dans le même but un pessaire à air par le vagin qu'on maintiendra gonflé pendant plusieurs jours consécutifs.

Dans les cas où ces différents moyens échouent on pratiquera, si la femme est réellement gênée par cette infirmité, l'hystérectomie par la voie vaginale.

**ISCHIO-PUBIOTOMIE.** (Voir *Pelvitomie.*)

**KYSTES DE L'OVAIRE.** (Voir *Opération césarienne.*)

**LAIT ET ALLAITEMENT.** (Voir *Allaitement.*)

**LIGATURE DU CORDON.**

La ligature du cordon comporte les quatre questions suivantes :

Faut-il lier le cordon ?

Comment faut-il le lier?

Où faut-il le lier?

A quel moment faut-il le lier ?

*Faut-il lier le cordon ?* — Bien que chez les animaux cette ligature ne soit pas nécessaire et que chez l'enfant on ait pu s'en passer dans un assez grand nombre de cas, cette ligature est plus prudente car elle évite des hémorragies, qui peuvent se faire, après la naissance, par les vaisseaux ombilicaux.

*Comment faut-il lier le cordon ?* — Avec du gros fil ordinaire enroulé autour de la tige funiculaire, avec du cordonnet ou de la ficelle mince (fig. 38). Dans le cas de cordon gras gélatineux on a préconisé la ligature avec un fil élastique; mais, comme on a rarement cette substance sous la main, je préfère pratiquer la ligature en deux parties (fig. 39); en passant un fil double par le milieu du cordon avec une aiguille et en pratiquant de la sorte deux ligatures distinctes. Si, malgré cette ligature double, du sang s'échappe encore par les vaisseaux, je les dénude dans quelques millimètres de leur étendue et les lie séparément (fig. 40).

*Où faut-il lier le cordon ?* — Faire une ligature à 4 centimètres de l'ombilic (ligature du bout fœtal). — J'ai, en outre, l'habitude de faire une seconde ligature au niveau de la vulve, destinée à servir de point de

repère dans la descente du cordon et du placenta. — Sectionner le cordon à un bon centimètre de la ligature fœtale, par conséquent à 5 centimètres de l'ombilic.

La première ligature (ligature fœtale) est indispen-

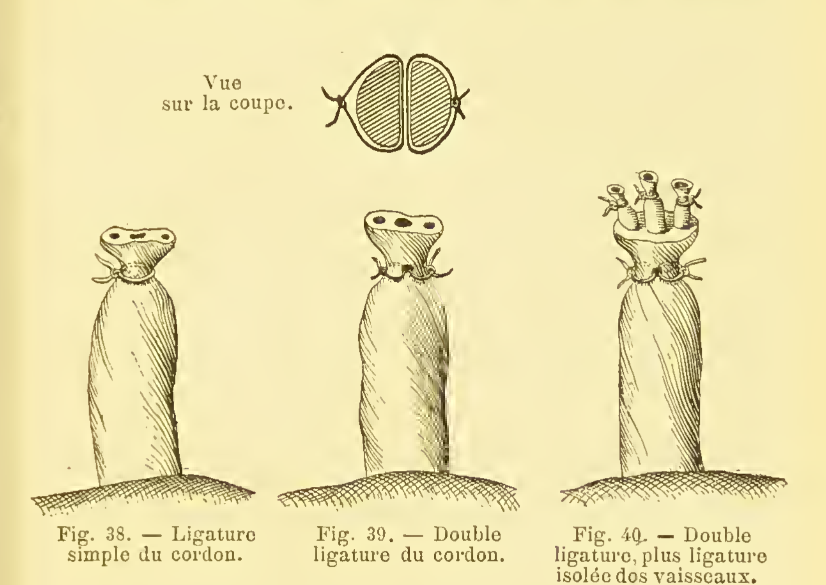



Fig. 38. — Ligature simple du cordon.

Fig. 39. — Double ligature du cordon.

Fig. 40. — Double ligature, plus ligature isolée des vaisseaux.

sable, la seconde (ligature maternelle) peut être faite à volonté, je la conseille pour le motif susmentionné; elle ne devient indispensable que dans le cas de grossesse gémellaire, pour éviter s'il y a circulation placentaire commune, que le second jumeau ne perde son sang par le bout du cordon sectionné.

*A quel moment faut-il lier le cordon ?* — Autrefois on avait l'habitude de lier le cordon de suite après la naissance, ce qui est une faute à moins d'indications spéciales, car, pendant les quelques instants consécutifs à la sortie du fœtus, une centaine de grammes de sang passe du placenta dans la circulation fœtale.

Il est donc préférable de ne faire la ligature du cordon que 5 à 10 minutes après l'accouchement ou après la cessation complète des battements vasculaires de la tige funiculaire.

**MANŒUVRE DE JACQUEMIER.** (Voir *Excès de volume du fœtus.*)

**MANŒUVRE DE MAURICEAU.** (Voir *Extraction manuelle.*)

**MEMBRANES, RÉTENTION.** (Voir *Délivrance.*)

**MEMBRES, PROCIDENCE.** (Voir *Procidence-membres.*)

**MÉTHODE DE BRAXTON HICKS.** (Voir *Placenta prævia*, *Versions.*)

**MÉTHODE DE KRAUSE.** (Voir *Expulsion provoquée.*)

**MOLE HYDATIFORME.**

1° *Avant l'expulsion.* — On se contentera de remédier à l'hémorragie par le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. — Bien que les accoucheurs soient en général d'accord pour le traitement expectant en pa-

reil cas, il semble que le curage précédé de la dilatation du col n'ait rien d'irrationnel.

2° *Pendant l'expulsion.* — L'intervention ne sera nécessaire que s'il y a une perte de sang sérieuse, auquel cas on pourra recourir soit au tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, soit, ce qui est préférable, au curage digital ou instrumental de la cavité utérine. — Après l'expulsion s'astreindre à une antisepsie génitale rigoureuse, et s'il survient des accidents septicémiques, les traiter par des injections intra-utérines fréquentes et au besoin par le curage.

**MORCELLEMENT.** (Voir *Embryotomie*.)

**MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ.**

De tous les moyens qui ont été conseillés pour ranimer le nouveau-né, venu en état de mort apparente, le meilleur et celui auquel il faut *exclusivement et promptement* avoir recours est la *respiration artificielle*.

L'insufflation peut se faire bouche à bouche ou à l'aide d'un instrument : le tube laryngien.

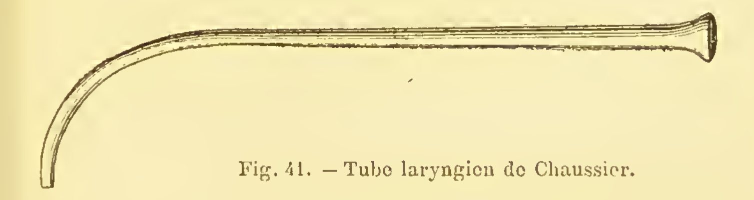


Fig. 41. — Tube laryngien de Chaussier.

Parmi les nombreux tubes qui ont été inventés, je donne la préférence au plus simple, celui de Chaussier.

L'enfant étant étendu sur une table ou un oreiller, la tête directement en face de l'opérateur, on introduit l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'orifice laryngien; puis, sous la direction de ce doigt, on fait pénétrer l'extrémité du tube dans le larynx, complétant avec lé bout du doigt l'obturation de l'entrée des voies respiratoires (voir la figure 42).

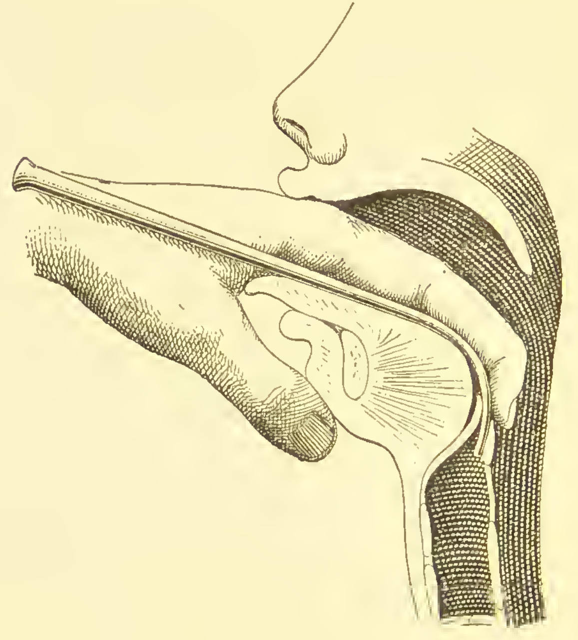


Fig. 42. — Tube de Chaussier en place pour pratiquer l'insufflation.

On insuffle alors, par l'extrémité extérieure du tube, l'air dans les voies respiratoires, en imitant autant que possible le rythme et la fréquence normale de la respiration.

Si le tube est bien placé, à chaque insufflation on voit le thorax se soulever. — S'il est au contraire mal posé, le thorax reste immobile et la région épigastrique se gonfle.

L'insufflation devra être continuée un temps suffisant et, à cet égard, on pourra régler sa conduite sur les trois propositions suivantes :

1° *Si, après une demi-heure d'insufflation, les battements du cœur sont nuls, il est inutile de continuer : la mort est réelle.*

2° *Quand les battements cardiaques existent, si, après une heure d'insufflation, il ne se produit aucun mouvement d'inspiration spontanée, on pourra cesser, car cette absence de mouvements respiratoires indique que l'enfant a subi quelque lésion incompatible avec le rétablissement de la vie.*

3° *Si, après deux heures d'insufflation et alors que des battements cardiaques et des mouvements respiratoires spontanés existent, les mouvements diminuent et tendent à disparaître aussitôt qu'on interrompt l'insufflation, il sera inutile de la continuer plus longtemps, les conditions nécessaires à la vie manquant de même que dans le cas précédent.*

**NAUSÉES.** (Voir *Vomissements* et *Grossesse*.)

**NÉPHRITE.** (Voir *Albuminurie*.)

## OPÉRATION CÉSARIENNE.

L'opération césarienne, ou hystérotomie, a pour but d'extraire le fœtus à travers une ouverture artificielle, faite à la paroi abdominale et à la paroi utérine sous-jacente.

### Indications.

L'indication provient tantôt du fœtus, tantôt de la mère :

1° Indication fœtale.

Volume exagéré du fœtus.

Monstres.

Présentation et position vicieuses.

Ces indications données autrefois par certains accoucheurs ne sont plus acceptées aujourd'hui, et en pareil cas on doit recourir soit à l'accouchement artificiel, soit à l'accouchement provoqué, soit à la symphyséotomie, soit à l'embryotomie.

2° Indication maternelle.

*a*) *Post mortem.*

Quand une femme meurt brusquement ou rapidement au terme de sa grossesse, l'enfant survit habituellement un certain temps. Si l'auscultation fait constater cette survie, il faudra sauver l'enfant soit par *l'opération césarienne*, soit par *l'accouchement forcé.* D'une façon générale l'accouchement forcé est préférable en pareil cas (voir l'article *Accouchement forcé.*)

*b*) *Pendant la vie.*

1° *Parties molles :*

*Tumeur utérine ou péri-utérine.* — Fibrome utérin par exemple ou kyste de l'ovaire. — L'opération césarienne ne sera indiquée que si la symphyséotomie est insuffisante, alors que l'enfant est vivant.

*Sténose du col.* — Quand des brides cicatricielles ou un néoplasme (cancer) empêchent l'ouverture du col à un degré suffisant pour laisser passer le fœtus, il faut recourir soit au débridement du col, soit à l'opération césarienne. — Préférer, quand l'enfant vit, le débridement quand la dilatation dépasse une pièce de 5 francs, et choisir l'opération césarienne dans le cas contraire; quand l'enfant est mort, c'est à l'embryotomie qu'il faut recourir.

2° *Parties dures.* — Pelviviciations :

*Bassin de 9 à 11 centimètres.* — Accouchement spontané, au forceps ou avec l'extraction manuelle, sinon symphyséotomie avec enfant vivant, et embryotomie avec enfant mort.

*Bassin de 7 à 9 centimètres.* — Symphyséotomie avec enfant vivant, et embryotomie avec enfant mort.

*Bassin de 5 à 7 centimètres.* — Symphyséotomie si l'accouchement est avant terme ; sinon,

Avec enfant vivant, opération césarienne,

Avec enfant mort, embryotomie.

*Bassin au-dessous de 5 centimètres.* — Avoir recours exclusivement à l'opération césarienne.

CONTRE-INDICATIONS.

1° *Fœtus mort ou non viable.* — Quand le fœtus est mort, quand par l'âge de la grossesse ou l'existence d'une monstruosité (hydrocéphalie, par exemple) il ne peut être viable, l'opération césarienne ne devra être tentée que si l'embryotomie est reconnue impossible. Cette contre-indication n'est donc que relative.

2° *Volonté maternelle.* — Lorsque la mère, jouissant de la plénitude de ses facultés, refuse l'opération césarienne, ne voulant pas exposer sa vie pour celle de son enfant, l'accoucheur devra respecter cette volonté et se résigner à l'embryotomie, si elle est possible.

OPÉRATION.

*Moment à choisir pour l'opération.* — L'hystérotomie pratiquée pendant le travail donne des résultats d'autant moins satisfaisants qu'elle est faite à une période plus éloignée du début (Harris), d'où le conseil d'opé-

rer aussitôt que possible après la déclaration du travail.

Mais il semble préférable de ne pas attendre ce moment et de choisir les derniers temps de la grossesse avant l'apparition des contractions utérines douloureuses.

De la sorte, tous les préparatifs peuvent être faits avec beaucoup plus de soin, et toutes les conditions favorables au succès de l'opération sont plus facilement réunies.

On a objecté qu'à cette période on s'expose davantage à l'inertie utérine et à l'hémorragie qui en résulte ; mais cette objection n'est nullement prouvée, et n'est pas vraisemblable, car l'utérus est également rétractile à toutes les périodes de la puerpéralité.

*Objets et instruments nécessaires.* — Bistouri ordinaire et boutonné ; — deux pinces à griffes (pour détacher le péritoine de l'utérus en cas de besoin) ; — une douzaine de pinces hémostatiques ; — des ciseaux ; — des aiguilles courbes ordinaires avec un porte-aiguille ; — fils de soie de deux grosseurs ; — — solutions antiseptiques chaudes et froides ; — savon, brosse et rasoir pour l'antisepsie de la paroi abdominale ; — éther ; — une douzaine de serviettes aseptiques ; — de la gaze iodoformée ; — douze éponges, six grosses et six petites ; – du coton aseptique ; — un bandage de corps ; — un forceps (parfois nécessaire pour l'extraction du fœtus) ; — une solution d'ergotine, avec une seringue de Pravaz.

Il sera bon également d'avoir deux broches en acier, un tube de caoutchouc du volume du petit doigt, un fil de fer solide, et un constricteur de Cintrat, au cas où on serait obligé de faire l'opération de Porro.

Même table d'opération que pour une laparotomie; — objets nécessaires pour la ligature du cordon ombilical et pour ranimer l'enfant.

*Anesthésie.* — Doit être faite avec le chloroforme comme pour toute opération chirurgicale.

*Aides.* — Un pour l'anesthésie, un pour l'abdomen, un pour les instruments, un pour recevoir l'enfant, deux autres aides subalternes.

*Antisepsie vulvo-vaginale.* — Soigneusement faite et répétée pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération.

*Un ou deux grands bains savonneux* durant les deux ou trois jours antérieurs à l'opération.

*Laxatif* la veille de l'opération.

Avant d'opérer, pendant qu'on anesthésie la femme : cathétérisme de la vessie; savonner la paroi abdominale; raser toute la région sous-ombilicale; terminer par un lavage avec de l'éther; envelopper les membres pelviens de la patiente et couvrir également le thorax pour éviter tout refroidissement.

L'opération se fait en trois temps :

1° *Pénétration jusqu'à l'œuf.*

Incision de la paroi abdominale.... .. . . . . . . . . . . . . 1
Incision de la paroi utérine.......................... 2

2° *Extraction de l'œuf.*

Extraction de l'enfant........................ . . 3
Extraction des annexes........ ...................... 4

3° *Sutures.*

Sutures de l'utérus.............................. 5
Sutures de la paroi abdominale...................... 6

1. *Incision de la paroi abdominale* (fig. 43). — Incision de 15 bons centimètres sur la ligne médiane, partant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, et contournant l'ombilic, de préférence à gauche pour éviter le ligament suspenseur du foie.

2. *Incision de la paroi utérine.* — L'utérus étant mis

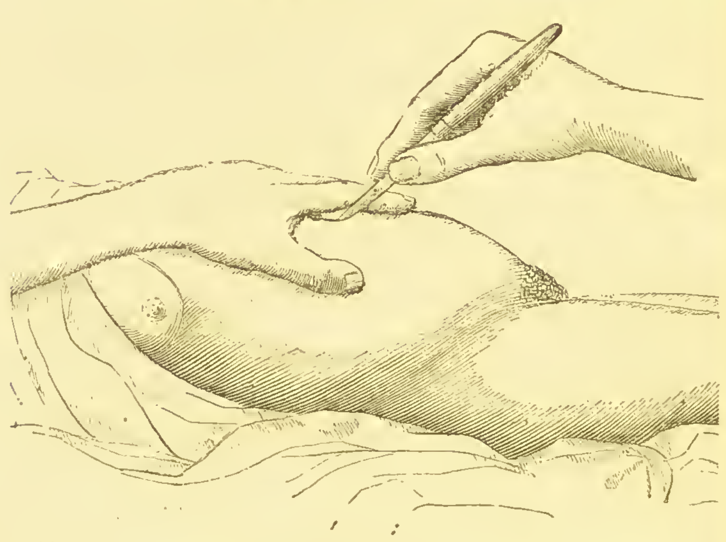


Fig. 43. — Opération césarienne. Incision de la paroi abdominale.

à nu, le faire redresser et maintenir sur la ligne médiane, puis en outre recommander à l'aide de bien tendre la paroi abdominale et de l'appliquer sur l'utérus, afin d'éviter le passage du liquide amniotique dans la cavité péritonéale. — Sur la ligne médiane et parallèlement à l'incision abdominale, ponctionner l'utérus avec le bistouri dans l'endroit où la palpation ne fait percevoir aucune partie fœtale; puis, enfonçant le doigt dans la boutonnière ainsi créée, inciser la paroi utérine en se servant de l'index comme d'une sonde cannelée.

3. *Extraction de l'enfant* (fig. 44). — Au niveau de l'ouverture ainsi créée et par laquelle le liquide amniotique s'échappe en abondance, une partie fœtale, tête, siège ou partie intermédiaire du tronc, ne tarde pas à se présenter. Parfois les rétraction et contraction

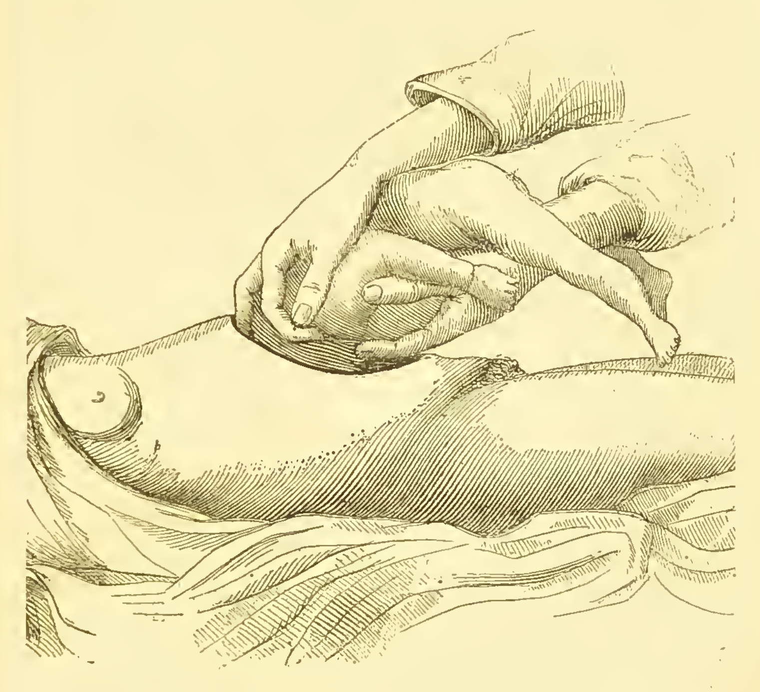


Fig. 44. – Opération césarienne. Extraction de l'enfant.

de l'utérus sont assez énergiques pour chasser le fœtus par l'ouverture artificielle, comme elles le font par les voies naturelles dans un accouchement normal. Il suffit alors d'aider et de surveiller cette sortie, sinon on pratique l'extraction, soit à l'aide du forceps (si la tête se présente), soit à l'aide des mains (si le tronc se présente).

Le cordon est lié, sectionné et l'enfant est immé-

diatement confié à la personne qui doit en prendre soin.

4. *Extraction des annexes* (fig. 45). — La main droite

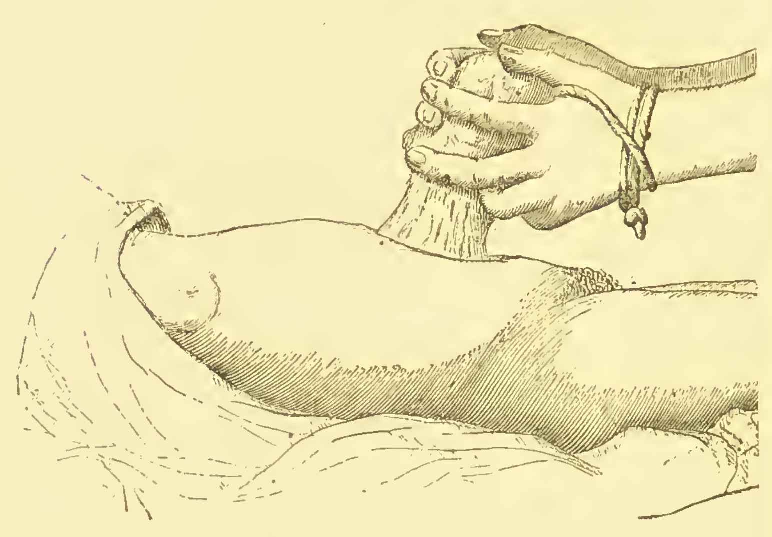


Fig. 45. — Opération césarienne. Extraction des annexes ovulaires.

plonge de suite après dans l'utérus et va saisir les annexes comme pour une délivrance artificielle. Pla-

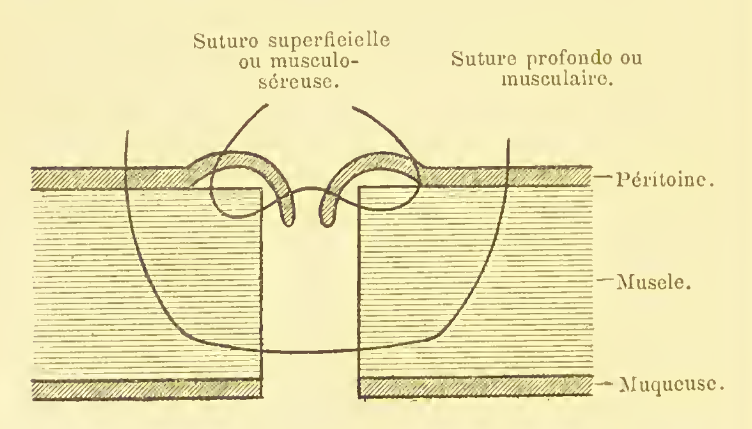



Fig. 46. — Sutures de la paroi utérine (coupe).

centa et membranes sont amenés au dehors à travers l'ouverture utéro-abdominale.

5. *Sutures de l'utérus* (Saenger) (fig. 46 et 47). — Après avoir soigneusement lavé toute la surface interne de l'utérus et s'être assuré de la perméabilité du canal cervical pour l'écoulement des lochies, fermer la plaie utérine à l'aide de sutures *profondes et superficielles* (fil de soie).


Fig. 47. — Suture utérine vue de face.

Les *sutures profondes* doivent être placées à 1 centimètre 1/2 l'une de l'autre et ne pas comprendre la muqueuse utérine (fig. 46), mais passer, à quelques millimètres au-dessus d'elle, afin d'éviter toute communication par l'intermédiaire des fils entre les cavités utérine et péritonéale.

*Les sutures superficielles* seront espacées d'un 1/2 centimètre ; il doit donc y en avoir deux entre chaque suture profonde (fig. 47). — Il est important qu'elles assurent l'affrontement des deux feuillets péritonéaux, afin que la plaie soit à ce niveau aussi exactement fermée que possible. — Pour amener cet affrontement, il faut détacher avec les doigts le bord libre du feuillet péritonéal, au besoin le disséquer dans l'étendue de 3 à 5 millimètres et, si on ne pouvait opérer ce détachement, réséquer un mince fragment de la paroi musculaire en forme de coin dont la base correspondrait à la séreuse ; mais cette résection, de même que le détachement instrumental, sont rarement nécessaires, les doigts suffisent. — Les sutures sont placées, ainsi que l'indique la figure 46, de telle sorte que

le bord libre du péritoine soit fixé et maintenu dans la plaie par la tension même du fil, qui assure ainsi l'adossement des deux feuillets opposés de la séreuse.

6. *Sutures de la paroi abdominale.* — Avant de procéder à ces sutures, il faut faire la toilette du péritoine à l'aide d'éponges aseptiques qu'on promène autour de l'utérus et qu'on fait plonger jusque dans la cavité de *Douglas*, où se collectent d'habitude tous les liquides tombés dans la séreuse. — Aussitôt que les éponges reviennent intactes, on ferme la plaie abdominale avec des sutures *profondes* et *superficielles* (crin de Florence).

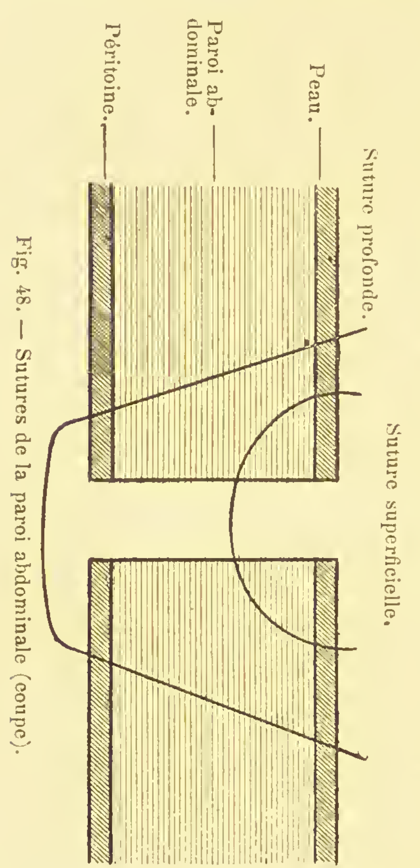


Fig. 48. — Sutures de la paroi abdominale (coupe).

Les sutures *profondes*, distantes comme les utérines de 1 centimètre 1/2, doivent comprendre le bord libre du péritoine. afin d'assurer l'affrontement des deux bords de la séreuse (fig. 48).

Les sutures *superficielles* sont placées à chaque demi-centimètre (deux entre chaque suture profonde) (fig. 49) et ne réclament aucune précaution spéciale.

Tout drainage est inutile.

Appliquer de la gaze iodoformée recouverte de coton hydrophile aseptique et maintenue par un bandage de corps.

Soins consécutifs analogues à ceux réclamés par la laparotomie.

*Difficultés et complications.* — La difficulté la plus sérieuse résulte de la *rencontre du placenta* alors qu'on fait l'incision utérine; il se produit à ce moment une hémorragie formidable, qui peut effrayer même un chirurgien rompu aux accidents de ce genre. — Le seul moyen d'en venir à bout est de procéder avec vitesse : rapidement terminer l'incision, enlever le placenta en le saisissant à pleine main, débarrasser l'utérus de son contenu, et alors faisant comprimer les lèvres de la plaie par la main d'un aide, on procède d'abord à un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée en faisant sortir l'extrémité de la bande par le vagin, car on le retirera par cette voie, puis on place les sutures de la paroi utérine, qui complètent l'hémostase.

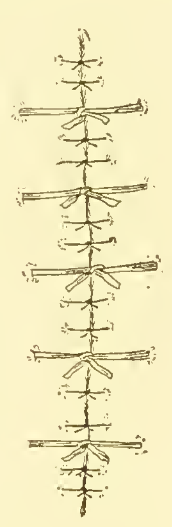


Fig. 49. — Sutures de la paroi abdominale, vues de face.

La complication la plus sérieuse est l'*hémorragie* dont il vient d'être question, mais qui peut se produire sans la rencontre du placenta et provenir des lèvres de la plaie utérine ou de la surface du décollement du placenta. On procède, ainsi qu'il vient d'être dit tout à l'heure, en complétant l'action du tampon intra-utérin par l'administration sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine aux doses habituelles.

Dans le cas où les moyens précédents ne permettraient pas de se rendre maître de l'hémorragie, on devrait recourir à l'*amputation utéro-ovarique* ou opération de Porro, qui consiste, après avoir appliqué un lien élastique autour du col, à sectionner tout l'utérus au-dessus de ce lien, et à fixer le moignon dans la partie inférieure de la plaie abdominale, en le maintenant à l'aide de broches sus-jacentes à la paroi abdominale, et qui tout en fixant le moignon empêchent le glissement du lien élastique, qui devra être laissé quelques jours en place.

## PELVITOMIE.

La pelvitomie est une opération qui a pour but de sectionner soit au niveau de la symphyse pubienne, soit dans son voisinage, la ceinture pelvienne, de manière à permettre l'écartement des os iliaques, et par ce moyen l'agrandissement de la filière génitale.

On donne le nom de *symphyséotomie* à la section de la symphyse pubienne, et celui d'*ischio-pubiotomie* à la section de la ceinture pelvienne au niveau du trou obturateur.

La première opération, c'est-à-dire la symphyséotomie, étant la seule qui ait encore donné des résultats pratiques, c'est à elle que nous limiterons exclusivement l'article actuel.

### Indications.

Quand la symphyse pubienne est ouverte, *pour chaque centimètre d'écartement, on obtiendra une augmentation de 1/4 de centimètre dans le diamètre antéro-postérieur du bassin.*

Donc 25 % de bénéfice, puisque pour 1 centimètre on obtient 0,0025 = 1/4 de centimètre.

Avec 6 centimètres d'écartement de la symphyse qu'on peut produire sans inconvénient ni dangers pour les articulations sacro-iliaques, on obtiendra 1 centimètre 1/2 d'augmentation dans le promonto-pubien.

D'autre part, la tête fœtale n'étant pas absolument sphérique, mais présentant des inégalités, des bosses, si une de ces bosses, notamment la pariétale antérieure, qui se trouve le plus souvent à ce niveau, correspond à la brèche créée par l'écartement des pubis, ce n'est plus 1 centimètre 1/2 que l'on gagnera mais 2 centimètres.

*La symphyséotomie est donc susceptible de permettre la terminaison de l'accouchement dans le cas où il y a une disproportion de deux centimètres entre le fœtus et la filière pelvienne.*

C'est sur cette donnée que se basent les indications de la symphyséotomie.

Ces indications sont au nombre de quatre :

1° Les pelviviciations,

2° L'excès de volume fœtal.

3° Les tumeurs prævia,

4° L'enclavement de la tête fœtale.

1° *Pelviviciations.*

*Bassin de* 9 *à* 11 *centimètres.* — La symphyséotomie est ordinairement inutile car l'accouchement se termine spontanément. Toutefois, si le fœtus était trop volumineux pour permettre l'accouchement et qu'il fût vivant, (c'est la condition essentielle de toute symphyséotomie), on pourrait recourir à l'opération en question.

*Bassin de 7 à 9 centimètres.* — Si la femme se présente à terme ou au moment du travail et que l'accouchement soit impossible, ce qui est la règle, on aura recours à la symphyséotomie.

Mais, quand la femme consulte avant terme, par exemple, au cinquième ou sixième mois, on ne devra pas lui conseiller d'aller à terme et de recourir à la symphyséotomie, mais plutôt de se soumettre à l'accouchement provoqué, dont l'exécution est plus sûre pour la mère, tout en donnant à peu près la même sécurité pour la survie de l'enfant.

*Bassin de 5 à 7 centimètres.* — A terme la symphyséotomie ne saurait donner un espace suffisant pour terminer l'accouchement ; aussi doit-elle céder le pas à l'opération césarienne si l'enfant est vivant et à l'embryotomie s'il est mort. — Mais, si la femme vient consulter avant terme et si son bassin mesure, par exemple, 6 centimètres, on pourra lui conseiller l'accouchement provoqué à 8 mois, en le complétant par la symphyséotomie ; on a par la symphyséotomie un agrandissement de 2 centimètres, qui permettra l'extraction d'un fœtus de 8 mois, dont le bipariétal mesure, comme on le sait, 8 centimètres environ.

*Bassin au-dessous de 5 centimètres.* — Il ne saurait, en aucun cas de ce genre, être question de symphyséotomie, nous sommes dans le domaine exclusif de l'opération césarienne.

2° *Excès de volume fœtal.*

Toutes les fois qu'avec un enfant vivant, il ne semblera pas y avoir une disproportion de plus de 2 centimètres entre le diamètre bipariétal de l'enfant et le diamètre promonto-pubien minimum de la mère, il y aura lieu de pratiquer la symphyséotomie.

3° *Tumeurs prævia.*

On désigne sous ce nom les tumeurs placées sur le trajet que doit parcourir le fœtus pour arriver au dehors. — L'indication de la symphyséotomie est difficile à poser en pareil cas d'une façon mathématique, car le rétrécissement, causé par la présence de la tumeur, est difficile à apprécier exactement. Toutefois quand on estimera qu'un agrandissement de 2 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur pourra permettre l'accouchement, on sera autorisé à recourir à la symphyséotomie.

4° *Enclavement de la tête fœtale.*

Cet enclavement existe dans certaines présentations du front, mais surtout avec la présentation de la face en mento-sacrée. Si l'enfant est encore vivant, on pourra faire la symphyséotomie pour permettre la rotation et l'extraction à l'aide du forceps.

Contre-indications.

Les contre-indications à la symphyséotomie sont :

La mort du fœtus ou sa non-viabilité.

La disproportion trop considérable entre les dimensions du bassin et celles du fœtus ; il faut que cette disproportion ne dépasse pas 2 centimètres.

Enfin l'ankylose d'une ou de deux articulations sacro-iliaques. La symphyséotomie ne permet l'agrandissement du bassin, qu'autant que l'état normal de ces articulations permet le mouvement physiologique des os iliaques sur le sacrum.

*Conditions requises :*

La dilatation complète du col ;

La certitude que l'obstacle à la sortie du fœtus est dû à une disproportion entre le fœtus et le bassin ou à l'enclavement de la tête.

Manuel opératoire.

Pour pratiquer la symphyséotomie, il faut préparer : un bistouri ordinaire, un bistouri boutonné, des pinces à forcipressure, des éponges antiseptiques, de la gaze iodoformée, matériel à sutures,

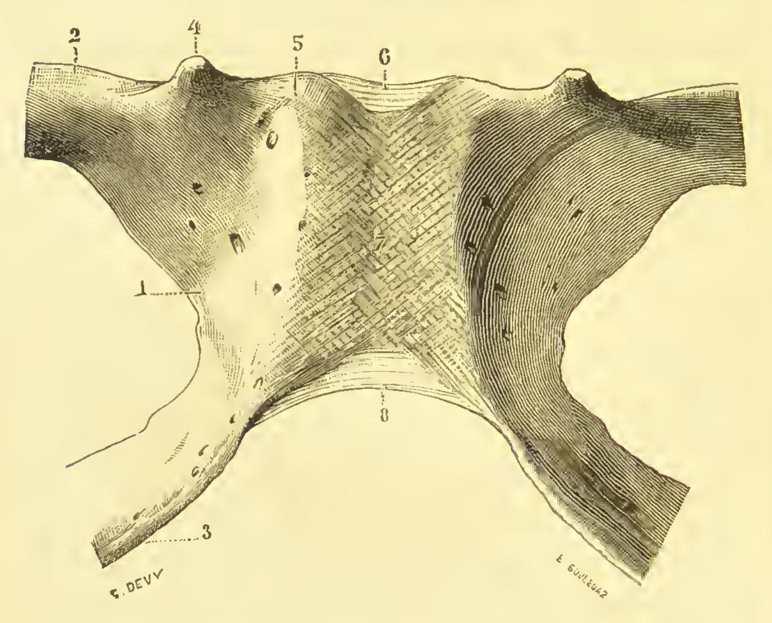



Fig. 50. — Symphyse pubienne vue par sa face antérieure.

1. Corps du pubis. — 2. Branche horizontale. — 3. Branche descendante. — 4. Epines. — 5. Angle du pubis. — 6. Ligament suspubien. 7. Ligament antérieur ou croisé. — 8. Ligament triangulaire ou souspubien.

soie ou crin de Florence, forceps, ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant.

Pour le manuel opératoire, celui indiqué par M. Pinard (1) me semble le meilleur, et je le cite textuellement en complétant la description par quelques figures explicatives :

(1) *Annales de gynécologie*, décembre 1892.

« Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, la femme doit être placée dans le décubitus dorsal parfait, au bord d'un lit résistant et de hau-

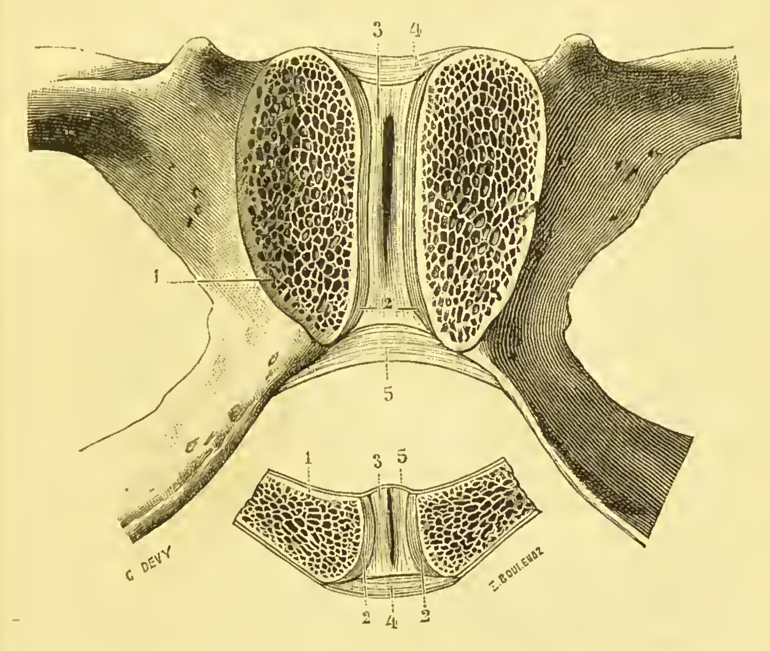



Fig. 51. — Coupe transversale pratiquée sur le corps du pubis.

1 Coupe du corps du pubis. — 2. Cartilage hyaloïde d'encroûtement. — 3. Fibro-cartilage interosseux, avec sa cavité centrale. — 4. Ligament sus-pubien. — 5. Ligament triangulaire.

Fig. 51 *bis*. — Coupe horizontale pratiquée au 1/4 supérieur de la symphyse.

1. Pubis. — 2. Cartilage hyaloïde d'encroûtement. — 3. Fibro-cartilage interosseux avec sa cavité. — 4. Ligament antérieur ou croisé. — 5. Ligament postérieur se continuant avec le périoste de l'os.

teur modérée, afin de pouvoir dominer du regard tombant à pic la ligne médiane qu'il s'agit d'inciser.

« Si sur le cadavre on peut se placer à droite, pour pratiquer la symphyséotomie, sur le vivant il vaut mieux, en raison du développement du ventre, se

placer entre les jambes. C'est ainsi que j'ai toujours procédé sur le vivant. Inciser sur la *ligne médiane*, exactement sur cette ligne, les téguments et la graisse prépubienne dans une étendue de 8 centimètres en-

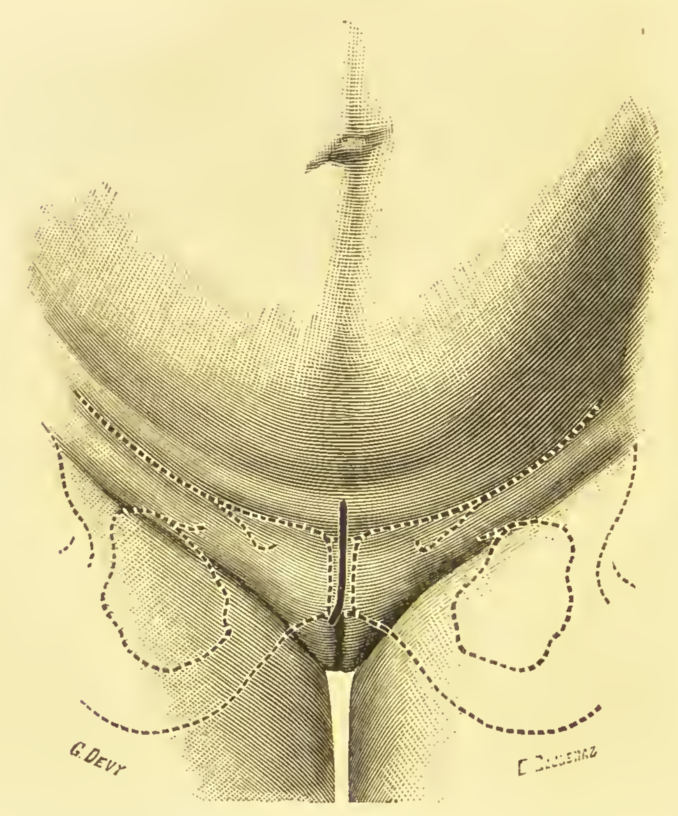



Fig. 52. — Tracé de l'incision cutanée pour la symphyséotomie.

viron. L'incision s'arrêtant au-dessus du clitoris, séparer les muscles droits dans la partie supérieure de la plaie et immédiatement au-dessus de la symphyse, pour permettre au doigt, l'index, de pénétrer dans la cavité prévésicale, et de protéger la vessie. Ce doigt joue, pour moi, un rôle capital, il protège, il ren-

seigne. Il protège la vessie par sa face dorsale, il sent souvent le bourrelet de la symphyse (mais pas toujours, car ce dernier est quelquefois si peu accusé

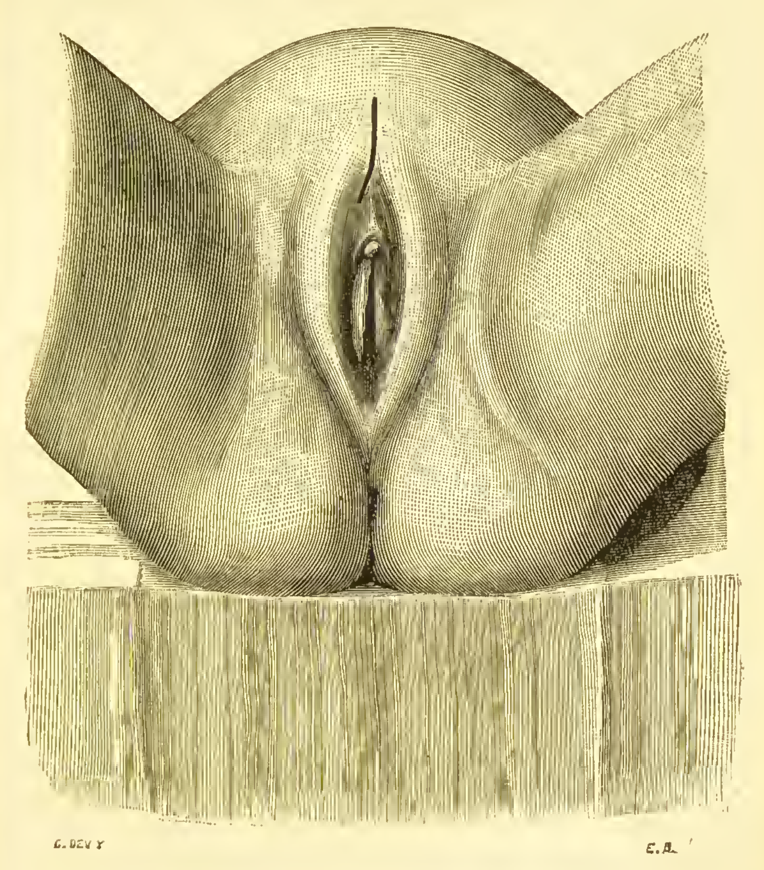


Fig. 53. — Symphyséotomie. Incision cutanée.

que sa saillie n'est pas appréciable) et alors rend facile la section. Dès que le bistouri a pénétré dans la symphyse, c'est ce doigt, sur lequel vient buter l'extrémité boutonnée de l'instrument, qui rend compte des progrès de la section jusqu'aux dernières fibres

du ligament sous-pubien. Le doigt étant ainsi dans la cavité prévésicale, inciser la symphyse de haut en

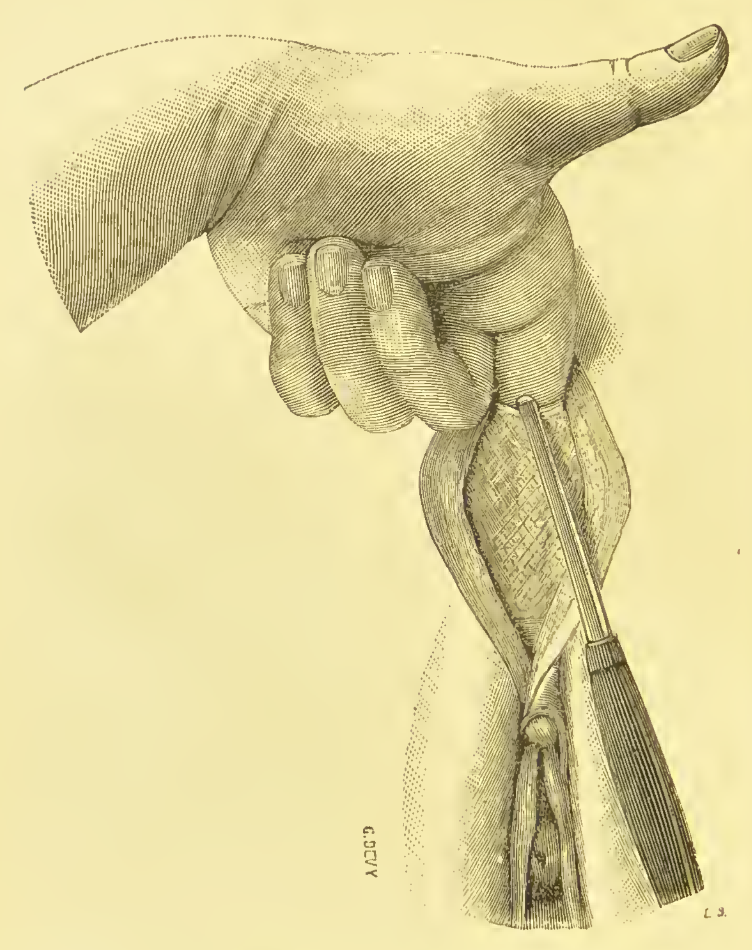


Fig. 54. — Symphyséotomie. Ouverture de l'articulation.

bas et *d'avant en arrière* par plusieurs traits de bistouri, en laissant ce dernier pénétrer là où il trouve moins de résistance. Dès qu'on a pénétré dans la symphyse, il faut laisser le bistouri nous guider pour

ainsi dire et ne pas vouloir lui faire suivre la ligne droite d'une façon immuable. »

« Ne pas s'arrêter après la section de la symphyse, mais *sectionner complètement le ligament sous-pubien*. Pour cette section, prendre la précaution de faire introduire une sonde dans l'urètre, afin de récliner ce dernier en bas, vers le côté, puis attaquer avec

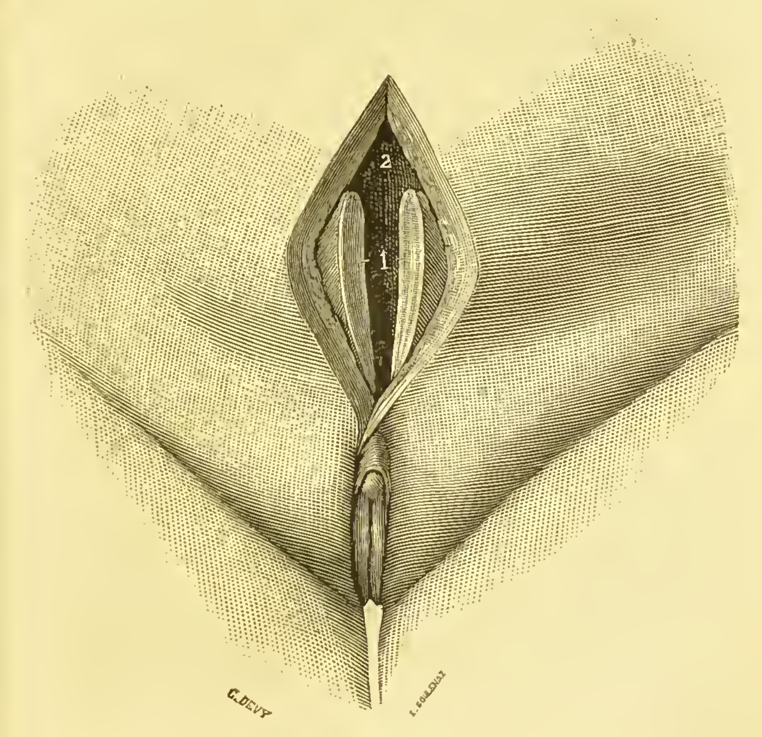



Fig. 55. — Symphyséotomie. Articulation ouverte.
1. Surface de section de l'articulation. — 2. Cavité de Retzius.

précaution le ligament par petits coups, en coupant pour ainsi dire fibre par fibre. Le doigt renseigne sur les progrès accomplis et, règle générale, au moment où le doigt apprend qu'il ne reste plus que

quelques fibres, qu'une petite corde résistante, cette corde se rompt, et l'écartement spontané, qui n'était que de quelques millimètres, augmente subitement

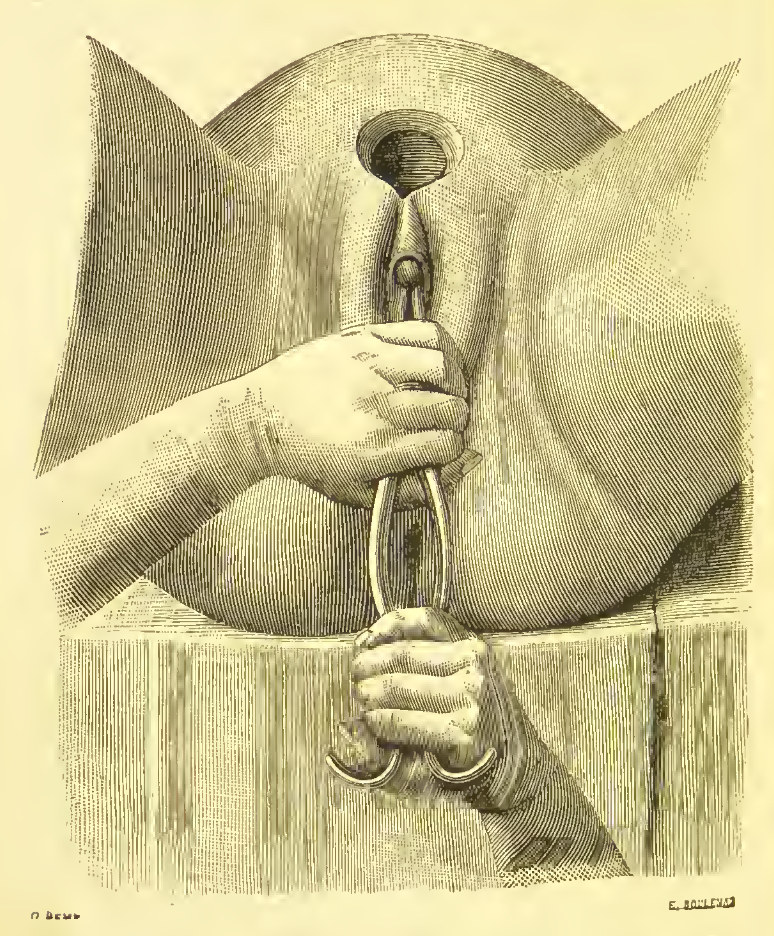


Fig. 56. — Symphyséotomie. Articulation ouverte. Extraction de l'enfant au forceps.

et atteint deux à trois centimètres. Une prudente abduction des cuisses montre alors qu'un écartement plus considérable peut être facilement obtenu. *Je ne saurais trop répéter qu'avant toute tentative obstétricale, il*

*faut s'assurer que la section est complète*, qu'il ne reste rien dont le fœtus ait à triompher par la violence et au péril de sa vie, c'est-à-dire qu'*il faut que les pubis soient écartés de quatre centimètres au moins.* »

Alors que la symphyséotomie est achevée et qu'on a obtenu un écartement, grâce à l'abduction des cuisses, qui oscille entre quatre à six centimètres, moins est en général insuffisant, et plus expose à des désordres au niveau des articulations sacro-iliaques ou à des déchirures du côté de l'urètre et du vagin, on applique le forceps, d'après les principes ordinaires,

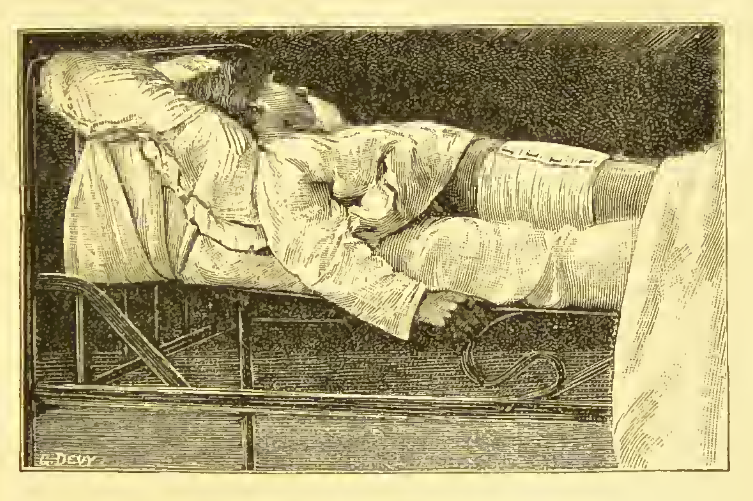


Fig. 57. — Symphyséotomie. Pansement consécutif à l'opération. Accouchement et délivrance terminés.

c'est-à-dire du front à l'occiput, ou d'une bosse pariétale d'un côté à la bosse frontale du côté opposé. Pour ma part je préfère l'application de l'occiput au front, ou l'extraction comme s'il n'y avait pas de symphyséotomie.

L'extraction terminée on procède à la délivrance par expression ou artificielle si le placenta tardait à

venir, car il vaut mieux terminer la délivrance avant de refermer la plaie pubienne, on pratique l'antisepsie génitale comme habituellement, en ayant recours à un tamponnement utéro-vaginal s'il y avait hémorragie.

Après quoi on nettoie la plaie à l'aide d'une solution antiseptique, solution d'acide phénique à 1 0/0, on fait rapprocher les os iliaques par un aide, et on suture la peau à la soie ou au crin de Florence à l'aide de fils transversalement placés.

On applique ensuite un bandage de corps autour du bassin, bandage solidement fixé (fig. 57). Ce bandage suffit et dispense, d'une part, des sutures osseuses, d'autre part des appareils plus ou moins compliqués que les amateurs d'instrumentation n'ont pas manqué d'inventer pour la circonstance.

J'ai également omis les instruments spéciaux dont on a essayé d'encombrer cette opération belle par sa simplicité, et qui doit rester la simplicité même.

Les fils seront enlevés le 8e ou le 10e jour.

Le bandage restera en place jusqu'au lever, qui aura lieu vers le 21e jour ; il sera bon même que ce bandage soit conservé pendant les premiers jours de la marche.

*Difficultés et complications.*

Les accidents, qui peuvent survenir pendant l'opération, sont l'hémorragie, les déchirures du vagin, de l'urètre, de la vessie, parfois suivies de gangrène des tissus, de l'utérus ; le défaut de consolidation au niveau de la symphyse pubienne, l'entorse des articulations sacro-iliaques.

Aux hémorragies, on remédiera par la compression avec des éponges ou de la gaze iodoformée, par

le pincement ou par la ligature des vaisseaux hémorragipares.

On réparera la déchirure du vagin, de l'urètre et de la vessie par des sutures appropriées.

Les ruptures de l'utérus ne dépendent pas de la symphyséotomie, mais sont de simples coïncidences, qu'on traitera par les moyens habituels.

Au défaut de consolidation de la symphyse pubienne qui est rare, si on a maintenu la femme à un repos suffisant avec un bandage bien appliqué, on remédiera par la ceinture de Martin, destinée à doubler la ceinture pelvienne.

Enfin l'entorse des articulations sacro-iliaques se remettra spontanément grâce à un repos suffisamment prolongé.

Comme difficultés, on a mentionné l'ossification de la symphyse; dans les cas rares où elle peut se présenter, on lèvera cette difficulté en remplaçant le bistouri par une scie à chaîne, avec laquelle on pratiquera la section osseuse.

## PELVIVICIATIONS

Dans les viciations pelviennes, nous ne considérerons que les rétrécissements du bassin.

Ces rétrécissements peuvent siéger au détroit moyen, dans l'excavation, ou au détroit supérieur et atteindre les différents diamètres de la cavité pelvienne ; toutefois le diamètre promonto-pubien minimum étant de beaucoup le plus fréquemment atteint, c'est son rétrécissement que nous aurons surtout en vue dans la thérapeutique qui va suivre.

Ce diamètre qui, à l'état normal, mesure près de

11 centimètres peut présenter tous les degrés de rétrécissement jusqu'à zéro.

Il doit, au moment de l'accouchement, laisser passer le diamètre bipariétal qui mesure :

A la fin du 6e mois, 6 centimètres,

A la fin du 7e mois, 7 centimètres,

A la fin du 9e mois, 9 centimètres.

Un diamètre promonto-pubien de 9 centimètres pourra donc, en général, permettre un accouchement à terme, le diamètre bipariétal ayant aussi à ce moment 9 centimètres; au-dessous l'accouchement devra, pour être possible, avoir lieu à l'époque indiquée par le chiffre du rétrécissement c'est-à-dire :

A 6 mois, avec un bassin de 6 centimètres ;

A 7 mois, avec un bassin de 7 centimètres, etc.

Ces préliminaires étant posés, examinons la conduite à tenir dans les cinq cas suivants :

*a*) *Jeune fille à marier*,

*b*) *Femme mariée non enceinte*,

*c*) *Femme enceinte*,

*d*) *Femme en travail*,

*e*) *Cas spéciaux*.

*a*) *Jeune fille à marier*.

Chez une jeune fille l'évaluation des diamètres pelviens est en général difficile à pratiquer ; toutefois, si on y arrive par l'examen vaginal quand il est possible, ou surtout par l'examen ano-rectal, on donnera les conseils suivants :

Bassin inférieur à 5 centimètres : pas de mariage, car, à moins d'opération césarienne, on ne peut avoir d'enfant viable.

Bassin de 5 à 9 centimètres : mariage possible à

la rigueur; prévenir sur la nécessité de provoquer l'accouchement et de l'associer à la symphyséotomie.

Bassin au-dessus de 9 centimètres : mariage possible, prévenir cependant qu'il pourra survenir des difficultés au moment de l'accouchement.

*b) Femme mariée non enceinte.*

Bassin au-dessous de 5 centimètres : pas de grossesse, sinon opération césarienne.

Bassin de 5 à 9 centimètres : grossesse possible, bien que peu conseillable, mais nécessité de provoquer l'accouchement avant terme et de l'associer à la symphyséotomie, si le rétrécissement mesure de 5 à 7 centimètres.

Bassin au-dessus de 9 centimètres, la grossesse peut aller à terme, mais l'accouchement devra être attentivement surveillé à cause de la possibilité de dystocie.

*c) Femme enceinte.*

Si le fœtus est mort aucune intervention n'est nécessaire ; attendre l'apparition spontanée du travail.

Quand l'enfant étant bien portant, la mère est gravement malade, il faudra donner la préférence aux moyens qui peuvent sauvegarder la vie de l'enfant.

Nous envisageons ici le cas *où la femme et l'enfant sont en bonne santé.*

1° Bassin au-dessous de 5 centimètres : faire avorter la femme à moins qu'elle ne consente à l'opération césarienne à terme.

2° Bassin de 5 à 9 centimètres; subdivisions :

Bassin de 5 centimètres : accouchement à provoquer à 7 mois et symphyséotomie.

Bassin de 6 centimètres : accouchement à provoquer à 8 mois et symphyséotomie.

Bassin de 7 centimètres : accouchement à provoquer à 7 mois. (La symphyséotomie ne sera faite que si elle est nécessaire.)

Bassin de 8 centimètres : accouchement à provoquer à 8 mois sans symphyséotomie (à moins qu'elle ne devienne indispensable).

3° Bassin au-dessus de 9 centimètres : laisser la femme accoucher à terme, et n'intervenir par le forceps ou la version que s'il y a nécessité ; exceptionnellement la symphyséotomie pourrait être indiquée s'il y avait excès de volume du fœtus.

*d) Femme en travail.*

Trois circonstances peuvent se produire :

Ou l'accouchement sera spontané, — ou il faudra recourir soit au forceps, soit à la version, interventions du premier degré, — comme dernière ressource on devra s'adresser soit à l'embryotomie, soit à l'opération césarienne, interventions du deuxième degré.

*Parallèle du forceps et de la version.* — Le forceps et la version dans les cas de présentation du sommet avec rétrécissement pelvien ont été tour à tour préconisés et préférés par les accoucheurs.

Actuellement, le conflit existe encore, et nous retrouvons des partisans convaincus soit du forceps, soit de la version.

Il est certain qu'avec le forceps on peut intervenir plus longuement sans compromettre la vie de l'enfant, tandis qu'avec la version il succombe rapidement alors que la tête est arrêtée dans le pelvis.

Il est non moins certain, d'autre part, qu'avec la version on extrait plus facilement la tête fœtale qu'avec le forceps, de telle sorte qu'au milieu de ces arguments contraires, il semble bien difficile de se prononcer d'une façon absolue.

Personnellement, quand il y a faible disproportion entre le fœtus et le bassin, je préfère la version alors que la tête est franchement *mobile* au détroit supérieur et que l'utérus est encore souple; si, au contraire, la tête est *fixée* au détroit supérieur, je m'adresse plus volontiers au forceps, en complétant au besoin par la symphyséotomie, si l'usage de l'instrument est suivi d'insuccès.

*Parallèle entre la symphyséotomie, l'opération césarienne et l'embryotomie.*

Ce parallèle doit être fait d'après les statistiques les plus récentes.

La symphyséotomie donne :

Mortalité maternelle, 18 0/0.
Mortalité fœtale, 39 0/0.

L'embryotomie :

Mortalité maternelle, 6 0/0.
Mortalité fœtale, 100 0/0.

Enfin l'opération césarienne :

Mortalité maternelle, 25 0/0.
Mortalité fœtale, 8 0/0.

Ces chiffres nous indiquent que, dans l'intérêt de la mère, il faudra recourir à l'embryotomie le plus souvent possible, lorsque le fœtus est mort ou ne semble pas viable.

Quand l'enfant est viable, on aura recours à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne; mais la symphyséotomie, donnant une moindre mortalité maternelle, devra être préférée, toutes les fois qu'elle peut permettre de terminer l'accouchement.

En résumé, alors que l'enfant et la mère sont bien portants, les indications qui découlent des rétrécissements du bassin sont les suivantes :

1° Bassin au-dessus de 9 centimètres : employer en cas de besoin la version ou le forceps.

Si le forceps est insuffisant, compléter par la symphyséotomie.

2° Bassin de 7 à 9 centimètres : emploi de la symphyséotomie.

Dans quelques cas exceptionnels, la version ou le forceps suffiront à terminer l'accouchement.

3° Bassin de 5 à 7 centimètres : alors que la femme est à terme, il faut choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. On donnera la préférence à cette dernière, toutes les fois que la femme voudra bien s'y soumettre, et en courir les risques au profit de son enfant, sinon on aura recours à l'embryotomie.

4° Bassin au-dessous de 5 centimètres :

Opération césarienne.

*e) Cas spéciaux.*

L'ostéomalacie laisse aux os, pendant son évolution, un certain degré de souplesse, qui peut modifier en conséquence les indications précédemment données au sujet des pelviviciations.

Certains bassins rétrécis, par exemple l'*oblique ovalaire de Nœgelé*, donnent lieu à des indications spéciales. La symphyséotomie en effet, dans ces bassins, ne fournit que des résultats illusoires : il faut la remplacer par l'ischio-pubiotomie uni-latérale (voir l'article *Pelvitomie*).

Les règles qui viennent d'être données pour les viciations pelviennes chez la femme en travail, ne s'appliquent qu'à l'accouchement à terme ; si l'accouchement est prématuré, *les frontières pelvi-obstétricales* sont modifiées par la diminution du volume du fœtus. Cette indication générale suffit pour faire pres-

sentir les variations que subiront les opérations en pareil cas.

## PÉRINÉE — DÉCHIRURES.

Les déchirures du périnée sont une complication fréquente de l'accouchement et résultent du passage du fœtus au travers d'une vulve trop étroite. On pourra prévenir ces déchirures par un traitement préventif et, quand elles se seront produites, il faudra leur appliquer une thérapeutique curative. Nous avons donc à étudier :

*a*) Traitement préventif :

1° Dilatation périnéo-vulvaire,
2° Soutien périnéo-vulvaire,
3° Episiotomie (incisions) ;

*b*) Traitement curatif :

1° Accolement fémoral,
2° Serre-fines,
3° Périnéoraphie (sutures).

*a*) Traitement préventif.

1° *Dilatation périnéo-vulvaire.* — Pour dilater préalablement le périnée et la vulve, quelques accoucheurs et sages-femmes se livrent à une série de manipulations, à une sorte de massage de la région. Ces manœuvres n'ont aucune influence prouvée sur la dilatation préalable de l'orifice périnéo-vulvaire. Il vaudra donc mieux, d'une façon générale, s'en abstenir.

On a encore préconisé l'emploi de sacs ou ballons de caoutchouc qu'on introduit et qu'on gonfle dans le vagin ; mais leur influence n'est guère plus nette que celle des manœuvres soi-disant dilatatrices.

Aussi jusqu'à nouvel ordre vaut-il mieux s'abstenir de toute dilatation périnéo-vulvaire préalable.

2° *Soutien périnéo-vulvaire.* — Un des facteurs principaux des déchirures vulvaires est la rapidité de la sortie du fœtus ; aussi, en modérant cette sortie, peut-on arriver à prévenir, dans une certaine mesure, les solutions de continuité de la vulve.

La présentation du sommet étant la plus habituelle et les déchirures périnéales dépendant le plus ordinairement du passage de la tête, nous allons insister d'une façon particulière sur la manière de soutenir l'extrémité céphalique pendant sa sortie au dehors.

La femme, pour le dégagement de la tête, sera placée :

Soit en position dorsale ou française (fig. 58),

Soit en position latérale gauche ou anglaise (fig. 59).

Examinons la manière de soutenir la tête dans les deux cas.

*Position dorsale.*

La femme étant étendue naturellement sur son lit, on placera sous le siège un drap replié sur lui-même, de façon à former coussin, ou mieux un livre un peu grand enveloppé de papier et enroulé dans le drap de siège, de manière à fournir un plan résistant et élevé.

L'accoucheur placé à droite de la femme glisse la main droite sous la cuisse droite et va empaumer le périnée ainsi que l'indique la figure 58 ; la fourchette doit rester libre de manière que la vue puisse suivre les modifications qui se passent à son niveau. L'autre main coiffe la tête fœtale (fig. 58), verticalement placée et les doigts arrivant au voisinage de la fourchette. Au moment de la contraction utérine, les deux mains, agissant de

concert, modèrent la sortie de l'ovoïde fœtal; si on voit le périnée s'amincir outre mesure et menacer déchirure, on maintient avec plus d'énergie en priant la femme de ne pas pousser; on règle en quelque

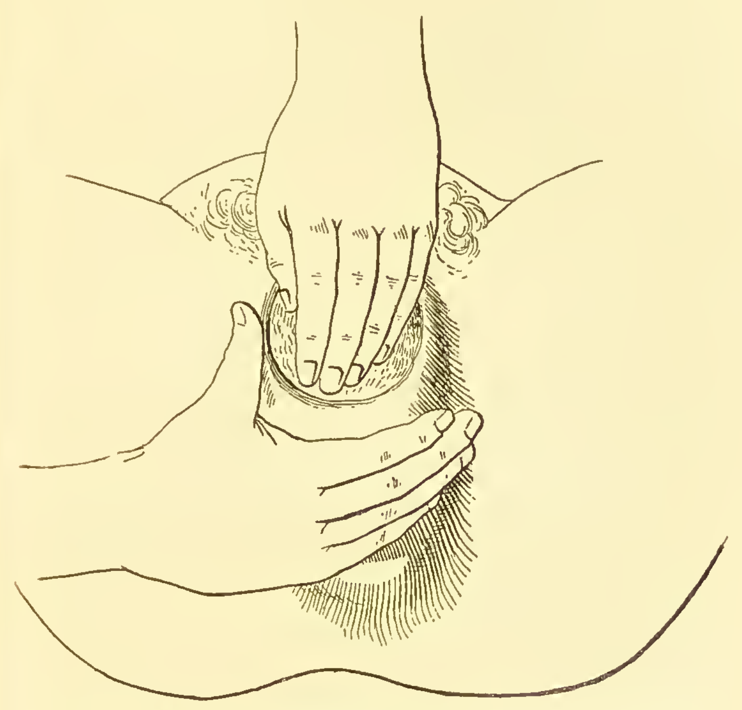


Fig. 58. — Manière de soutenir le périnée dans la position dorsale de la parturiente.

sorte la sortie d'après l'assouplissement de l'ouverture vulvaire.

Dans l'intervalle des contractions, on engage la parturiente à renouveler les efforts, qu'elle avait été obligée de cesser pendant la contraction; on peut de la sorte amener la sortie lente et progressive de la partie fœtale.

Si, malgré ces diverses précautions, on voit le

périnée céder, il ne faudra pas hésiter à pratiquer l'*épisiotomie* dont il va être question dans un instant.

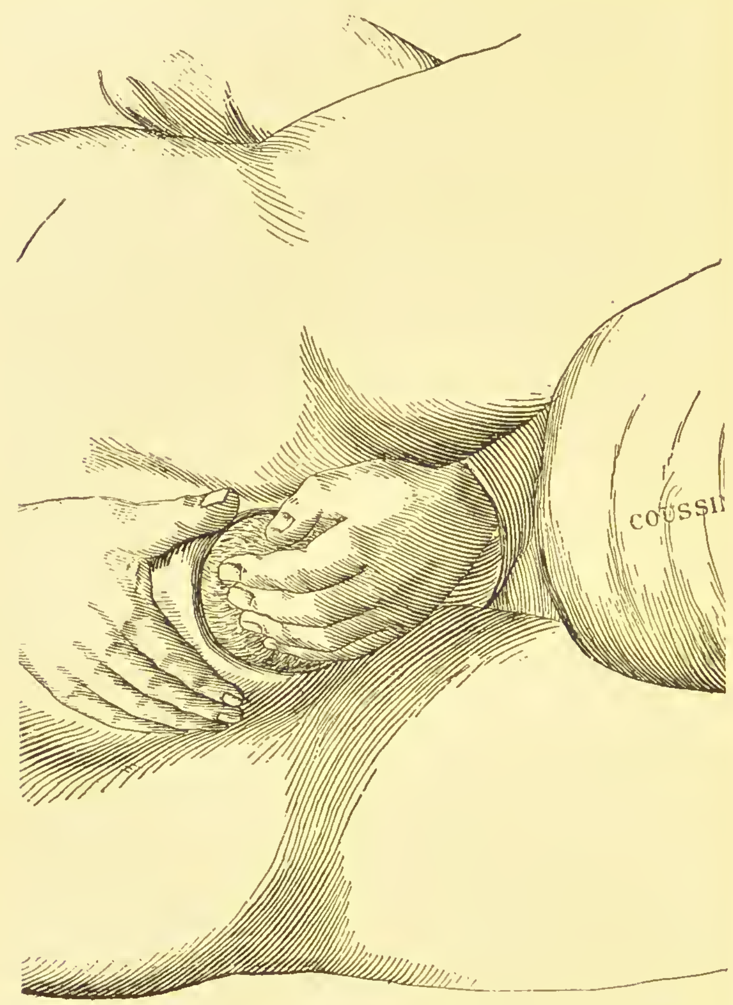



Fig. 59. — Manière de soutenir le périnée dans la position latérale de la parturiente.

*Position latérale.*

La femme est couchée sur le côté gauche, le siège affleurant le bord du lit, les cuisses pliées à angle

droit sur le tronc; la supérieure un peu plus fléchie que l'inférieure; entre les cuisses, glisser un coussin de manière à maintenir leur écartement.

Les mains de l'accoucheur seront placées sur le périnée et la partie fœtale d'une façon analogue à celle indiquée pour la position dorsale, mais un peu modifiée par la situation de la femme ainsi que l'indique la figure 59; la sortie de l'enfant se règle d'ailleurs de même que dans la position précédente.

La position dorsale est la plus usitée en France, c'est celle avec laquelle chacun de nous a fait son éducation obstétricale, c'est donc à elle que je conseille d'avoir recours dans la généralité des cas.

La position latérale ou anglaise ne sera employée que d'une façon exceptionnelle, alors qu'on tient à surveiller tout spécialement l'ampliation du périnée ou lorsque l'ankylose d'une des articulations de la hanche empêche la station de la femme dans la position dorsale habituelle.

3° *Episiotomie.* — Pour éviter les délabrements du périnée, on a conseillé de pratiquer des incisions préventives sur l'anneau vulvaire.

Les différents procédés qui ont été préconisés dans ce but sont les suivants :

Ritgen a conseillé une série de petites incisions rayonnantes au pourtour de la vulve.

Eichelberg a eu recours à une ou deux incisions partant de la région latéro-inférieure de la vulve et s'étendant obliquement, latéralement et en arrière.

Michaëlis donne la préférence à une incision verticale unique partant de la fourchette et se dirigeant vers l'anus.

Tarnier et Chantreuil ont conseillé de compléter

l'incision de Michaëlis par un trait parallèle à l'anus soit d'un seul, soit des deux côtés.

De ces différents procédés l'expérience m'a appris que celui d'Eichelberg est le meilleur, il a

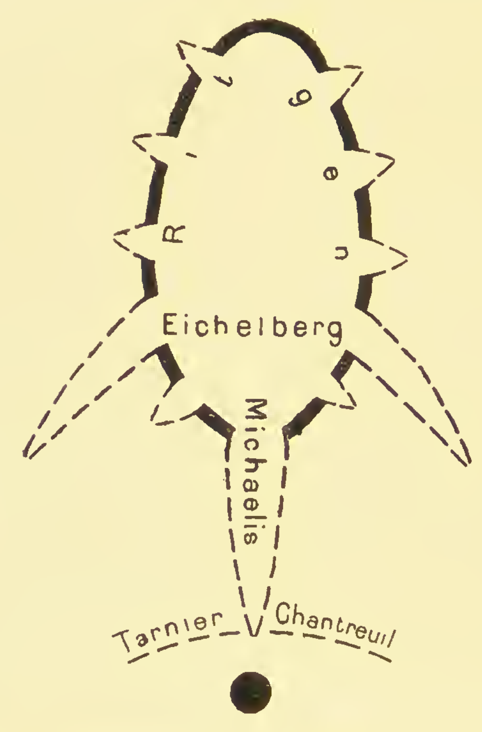



Fig. 60. — Episiotomie ou incisions préventives de la vulve.

l'avantage, alors que les incisions sont faites *au niveau de l'orifice vulvo-vaginal* et non de l'orifice vulvaire, d'ouvrir une large voie au fœtus tout en ménageant l'intégrité du périnée. Les plaies qui en résultent se cicatrisent sans difficulté et sans déformation consécutive de la vulve.

La question de l'épisiotomie ne consiste pas seulement à savoir le meilleur procédé à employer, mais

aussi à déterminer s'il vaut mieux la pratiquer ou laisser la vulve se déchirer.

On a prétendu que l'épisiotomie n'empêchait pas la déchirure spontanée; on a dit aussi qu'il valait mieux une déchirure spontanée qu'une plaie artificielle.

A la première objection nous répondrons que, faite avec l'ampleur voulue et au niveau de l'anneau vulvo-vaginal, cette incision postéro-latérale ménage complètement ou presque complètement l'intégrité du périnée.

Quant à la seconde question nous n'hésitons pas à dire qu'une incision se répare en général mieux qu'une déchirure spontanée ; nous ajouterons que l'incision a l'avantage de pouvoir être orientée au gré de l'accoucheur tandis qu'une déchirure spontanée se dirige forcément vers l'anus, qu'elle atteindra si le traumatisme est suffisant.

Pour ces différentes raisons, nous pensons donc que, lorsque la vulve est incapable de laisser passer la partie fœtale, il vaut mieux avoir recours à l'épisiotomie préventive soit uni- soit bi-latérale d'après la méthode d'Eichelberg.

*b*) TRAITEMENT CURATIF.

1° *Accolement fémoral.* — Quand la déchirure périnéale est de faible étendue et ne dépasse pas, par exemple, 2 centimètres, le simple rapprochement des membres inférieurs à l'aide d'une serviette passée autour des genoux et maintenue pendant deux ou trois jours, suffit le plus souvent pour amener la réunion spontanée de la plaie périnéale ; d'ailleurs la non réunion d'une aussi courte déchirure est sans inconvénient sérieux pour la femme.

2° *Serre-fines.* — Quand la déchirure périnéale présente une étendue supérieure à 2 centimètres, il est nécessaire de maintenir accolées l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie, ce qu'on peut obtenir à l'aide de serre-fines ou de sutures.

Par serre-fines, on entend des petites pinces à ressort analogues à celle représentée par la figure 61.

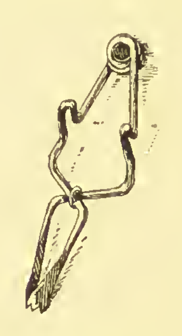


Fig. 61. — Une serre-fine.

Pour les placer, après lavage soigné de la déchirure périnéale il faut ouvrir la serre-fine en appuyant sur ses parties latérales, appliquer les extrémités, munies de griffes, de chaque côté de la plaie vulvaire, de manière à bien accoler les deux lèvres l'une contre l'autre.

Il faut placer environ une serre-fine par centimètre. On les recouvre de coton hydrophile et on maintient les membres en passant une serviette autour des genoux.

Les serre-fines doivent rester 12 à 24 heures en place ; pour les retirer, il suffit d'appuyer sur leur parties latérales comme pour les placer.

Les serre-fines ont l'avantage de pouvoir être facilement appliquées, de ne pas nécessiter la main d'un chirurgien et d'être un peu à la portée de toute personne s'occupant d'accouchement ; elles ont, d'autre part, le désavantage de tomber facilement ou de se déplacer, ne maintenant pas ainsi le parallélisme désiré ; de plus, elles accolent les tissus dans leurs parties superficielles mais ne réunissent pas les parties profondes; or on sait que les déchirures périnéales remontent toujours plus ou moins haut sur la paroi postérieure du vagin, de telle sorte qu'avec

les serre-fines, alors qu'il y a réunion, on refait un périnée cutané suffisant à l'œil mais la partie profonde, vaginale, reste désunie, forme un cloaque où séjournent les lochies et le périnée à ce niveau se reconstitue d'une façon insuffisante.

Pour ces différentes raisons, nous préférons les sutures, en un mot, la périnéoraphie aux serre-fines, tout en reconnaissant qu'elles peuvent rendre de réels services aux sages-femmes et aux médecins peu habitués aux choses de la chirurgie.

3° *Périnéoraphie.* — La périnéoraphie devra être faite chaque fois que la déchirure périnéale mesure plus de 2 centimètres ; la déchirure complète, c'est-à-dire intéressant l'anus, même alors que les tissus sont contusionnés, n'est pas une contre-indication.

Examinons comment la périnéoraphie doit être faite quand la déchirure est incomplète et quand elle est complète.

a) *Déchirure incomplète.* — La femme étant placée en travers du lit, le périnée et le vagin ayant été soigneusement lavés, on applique dans le vagin un tampon de coton hydrophile, de manière à éviter l'écoulement de sang sur la plaie périnéale pendant le passage des sutures.

Comme matériel de sutures, on emploiera le catgut, la soie, ou mieux le crin de Florence, aseptisés suivant les procédés connus ; on fera usage d'aiguilles courbes et d'un porte-aiguille quelconque, celui auquel on est habitué étant le meilleur.

Ainsi que l'indique la figure 62, on passera transversalement une série de fils réunissant d'abord la plaie vaginale, puis la plaie cutanée. Les sutures étant serrées, on enlève le tampon qui était placé dans le vagin ; on fait une nouvelle injection et on

place la femme dans son lit sans pratiquer de pansement spécial sur la vulve.

Les soins pendant les suites de couches seront les mêmes que lorsque le périnée est resté intact.

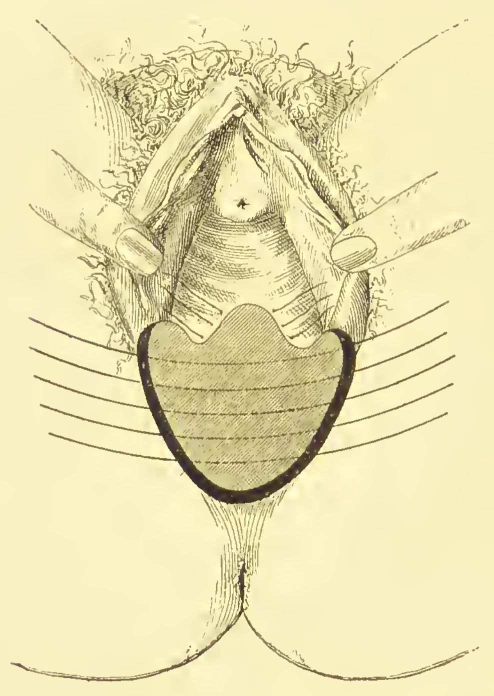


Fig. 62. — Sutures du périnée en cas de déchirure incomplète.

Les sutures périnéales devront être enlevées au bout de 8 jours environ.

b) *Déchirure complète.* — Quand la déchirure est complète, c'est-à-dire intéresse la terminaison du tube digestif, le mode de périnéoraphie est différent de celui qui vient d'être décrit.

La femme ayant été placée en travers du lit comme tout à l'heure, le vagin et le périnée lavés au sublimé ou à l'acide phénique et le rectum avec une solution

saturée d'acide borique, on procédera aux sutures de la façon suivante, il importe de faire des sutures recto-anales au catgut à cause de la difficulté de les enlever quand on les fait avec une autre substance,

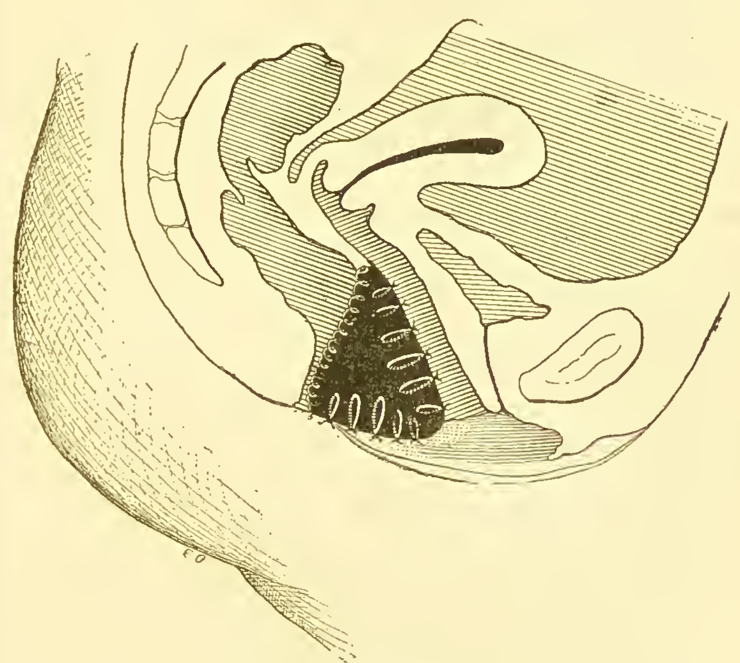


Fig. 63. — Sutures en cas de déchirure complète.

et des sutures vaginales et périnéales à la soie ou au crin de Florence.

La suture recto-anale sera faite continue avec un fil de catgut suffisamment long et arrêté au niveau de l'anus.

Les sutures du vagin et du périnée seront pratiquées à la soie ou au crin de Florence, comme pour une déchirure incomplète.

Les sutures périnéales seront enlevées au bout de 8 jours et les sutures vaginales au bout de 10 à 12

jours ou même quelquefois davantage ; il n'y a pas à s'occuper de la suture ano-rectale qui, étant au catgut, tombe spontanément.

**PÉRINÉORAPHIE**. (Voir *Périnée — Déchirures.*)

**PÉRITONITE**. (Voir *Septicémie.*)

**PHLEGMATIA ALBA DOLENS**.

Le traitement local de la phlegmatia alba dolens consiste au début dans l'application de révulsifs ; on mettra une série de vésicatoires sur le trajet des veines douloureuses, en suivant en quelque sorte la douleur dans son trajet successif.

Ces vésicatoires agissent très heureusement sur l'élément douleur et, dans quelques cas, paraissent enrayer la phlébite dans son évolution.

On placera le membre atteint dans une gouttière, et quand la période des vésicatoires est passée, on l'enveloppera de compresses imbibées d'une solution boriquée ou d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.

Aussitôt que l'élément inflammatoire a disparu, et que la fièvre est calmée, on remplacera le pansement humide par un pansement sec ; le membre sera saupoudré d'amidon et enveloppé dans un bandage ouaté, légèrement compressif.

Comme traitement général, on aura recours à l'antipyrine et au sulfate de quinine combinés ou alternés, aux calmants pour permettre à la femme de

reposer et de dormir, et enfin aux laxatifs s'il existe de la constipation.

Il est important de ne laisser lever la femme que lorsque tout cordon induré a disparu le long des trajets veineux, sans quoi on l'expose à l'embolie.

Quand la patiente recommence à marcher, il est indispensable qu'elle porte un ou deux bas élastiques suivant qu'un ou les deux membres inférieurs ont été atteints.

**PHLEGMON DU SEIN.** (Voir *Sein.*)

**PINCE PODALIQUE.** (Voir *Version.*)

**PLACENTA PRÆVIA.**

Le traitement du placenta prævia diffère pendant la grossesse, pendant l'accouchement, pendant la délivrance.

On sait qu'on entend :

Par **placenta prævia central**, le placenta dont le centre correspond au centre de l'orifice interne de l'utérus ;

Par **placenta prævia partiel**, celui dont un point intermédiaire au centre et à la périphérie correspond à l'orifice interne ;

Par **placenta prævia marginal**, celui dont le bord effleure l'orifice interne ;

Enfin par **placenta prævia latéral**, celui dont le bord se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne de l'utérus.

GROSSESSE. — Durant la gestation, le placenta præ-

via amène soit la rupture prématurée des membranes, soit une hémorragie.

En cas de rupture prématurée, simple expectation.

Il y a hémorragie. — Quand l'écoulement sanguin est faible, on aura recours d'une part aux injections vaginales chaudes, d'autre part aux lavements laudanisés pour calmer les contractions utérines. — Si l'hémorragie continue et surtout si elle devient abondante, on pratiquera le toucher, et si les membranes sont accessibles en même temps qu'il existe une présentation normale, on les rompra largement. — Dans le cas où il y aurait une présentation vicieuse (présentation autre que le sommet ou le siège), on la corrigerait par des manœuvres externes. — Si les membranes sont inaccessibles, ou parce que le canal cervical n'est pas assez perméable ou parce que le placenta est central ou partiel accentué, on appliquera le tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée, qu'on laissera pendant quelques heures en place (6 à 12 heures); puis on retirera le tamponnement, et, si le travail a marché, les membranes seront devenues accessibles et pourront être artificiellement rompues. Dans le cas où le travail n'a pas avancé, l'hémorragie cesse seule.

Accouchement. — Pendant l'accouchement c'est la perte de sang, qui nécessitera l'intervention de l'accoucheur.

Dans tous les cas où les membranes sont accessibles. il faudra les rompre largement; si le fœtus se présente par le sommet, la partie fœtale vient appuyer et fait hémostase. S'il se présente par le siège, on abaissera un des membres pelviens qu'on laissera pendant dans le vagin; toutes les fois qu'il y a une

autre présentation que celle du sommet ou du siège, il faut, par des manœuvres mixtes, faire la version soit céphalique, soit pelvienne, mais de préférence cette dernière.

Quand les membranes sont inaccessibles, si la dilatation le permet, on glissera deux doigts entre le placenta et l'utérus pour aller à leur recherche et les rompre; si on ne les trouve pas, on fera le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, qu'on enlèvera après quelques heures, et à ce moment, on renouvellera les tentatives précédentes. En cas d'échec, on pourrait de nouveau recommencer le tamponnement jusqu'à ce que les membranes deviennent accessibles, ou que la main, pouvant pénétrer dans l'utérus, attaque enfin les membranes pour les rompre et engage ensuite le siège du fœtus dans le vagin, après version préalable si elle est nécessaire.

Délivrance. — En cas de placenta prævia, les hémorragies sont fréquentes au moment du décollement placentaire ; si elles se produisent, il faut promptement recourir à la délivrance artificielle et combattre la perte par un traitement approprié.

**PLACENTA — RÉTENTION**. (Voir *Avortement. Délivrance.*)

## POCHE DES EAUX.

La poche des eaux est, comme on le sait, constituée par la partie des membranes ovulaires mise à nu par l'ouverture de l'orifice utérin.

Elle est habituellement plate quand la présen-

tation est normale et, au contraire, saillante, alors qu'elle est dystocique.

Le plus souvent la rupture a lieu au moment de la dilatation complète.

Sauf indication spéciale, il vaut mieux ne pas rompre artificiellement la poche des eaux avant que la partie fœtale n'arrive à la vulve; toutefois, on devra agir autrement dans les trois circonstances suivantes :

1° Dilatation complète ou presque complète, présentation normale et contractions languissantes de l'utérus : par la rupture artificielle des membranes, on arrive le plus souvent à réveiller l'énergie utérine.

2° Hydramnios, présentation du sommet, voies génitales normales : la rupture pourra être faite à partir de la dilatation grande comme cinq francs, si l'hydramnios constitue un obstacle aux contractions de l'utérus ou et si le volume de l'abdomen constitue une gêne pour la respiration de la femme.

3° L'existence d'un placenta prævia avec hémorragie : si les membranes sont accessibles il faudra les rompre largement quel que soit le degré de la dilatation.

4° On devra enfin rompre la poche des eaux quand on voudra intervenir soit manuellement (version, extraction), soit instrumentalement (forceps, embryotomie).

Pour rompre les membranes, on se servira du doigt ou d'un perce-membranes.

*Perforation avec le doigt.* — L'index préalablement aseptisé sera introduit dans le vagin jusqu'à la poche des eaux ; dans l'intervalle des contractions, on essaiera avec l'ongle d'ouvrir le sac ovulaire, et, si la

chose est impossible, on attendra l'arrivée d'une contraction qui, tendant les membranes, facilitera l'action du doigt; si la perforation ne peut réussir avec l'ongle on se servira d'un instrument spécial.

*Perforation avec un perce-membranes.* — Une tige quelconque mousse peut être utilisée à cet effet (aiguille à tricoter, ciseaux fermés, tige métallique pouvant être flambée). — Dans ce but, on introduit le perce-membranes sous la conduite de l'index jusqu'au niveau des membranes, qu'on frotte avec l'extrémité de l'instrument; le frottement amène la rupture qu'on complète avec le doigt.

Alors que la poche des eaux est volumineuse, il faut avoir soin, en pratiquant la rupture artificielle, de ne pas laisser le liquide s'écouler trop brusquement, sans quoi on s'expose à la procidence d'un membre ou surtout du cordon; à cet effet, il faudra, alors qu'on ouvre les membranes, obturer la vulve avec la main et ne permettre l'écoulement du liquide au dehors que progressivement.

## POSTPARTUM.

Pendant le postpartum ou suites de couches, qui constitue en quelque sorte la convalescence de l'accouchement, il faudra se conformer aux prescriptions suivantes :

*Soins antiseptiques locaux.* (Voir l'article *Antisepsie.*)

*Alimentation.* — La diète qu'on prescrivait autrefois est parfaitement inutile, car nous savons que la fièvre, quand elle survient, n'est nullement due à l'alimentation; on pourra donc, dès le premier jour après l'accouchement, laisser la femme libre de prendre l'alimentation qui lui convient, tout en lui

conseillant les aliments légers, plus facilement digestibles.

*Miction.* — La rétention d'urine étant relativement fréquente à la suite de l'accouchement, il sera bon de surveiller attentivement la vessie pendant les deux ou trois jours consécutifs à la délivrance. Si la miction est nulle ou incomplète, il faudra pratiquer le cathétérisme deux fois par jour, en se conformant aux principes antiseptiques actuellement classiques.

A partir du troisième jour, on permettra à la femme de s'asseoir sur le bassin, et il est rare que la rétention persiste alors que cette position peut être prise.

*Garde-robes.* — Pendant les deux jours consécutifs à l'accouchement il y a d'habitude, absence de garde-robes; il est bon, dès le troisième jour, d'administrer un lavement si la femme nourrit; dans le cas de non-allaitement, on pourra attendre le quatrième ou cinquième jour, alors que la montée de lait est bien complètement faite et administrer un purgatif.

Pendant les suites de couches, la constipation étant habituelle, avoir soin de provoquer une garde-robe au moins tous les deux jours, si elle ne survient pas naturellement.

*Reprise graduelle de la vie ordinaire.* — Après l'accouchement, en l'absence de toute complication, se conformer aux préceptes suivants :

PREMIÈRE QUINZAINE. — *Lit.*

*Première semaine.* — Première moitié : Décubitus dorsal.

Deuxième moitié : Décubitus latéral ou dorsal à volonté.

A la fin, l'accouchée peut être momentanément

couchée sur un autre lit, de façon à permettre de faire complètement celui qu'elle occupait.

*Deuxième semaine.* — Première moitié : On peut soulever la tête à l'aide de deux à quatre oreillers.

Deuxième moitié : L'accouchée peut s'asseoir complètement sur son lit, pour donner le sein, manger, etc.

A la fin de la deuxième semaine, *lever* (1).

DEUXIÈME QUINZAINE. — *Appartement ou habitation.*

*Troisième semaine.* — Chambre ou chaise longue.

Durée du lever, une heure de plus par jour : premier jour, 1 heure ; deuxième jour, 2 heures ; troisième jour, 3 heures, etc.

A la fin de la troisième semaine, la femme peut quitter la chambre pour circuler dans son appartement ou son habitation, mais sans sortir dehors.

*Quatrième semaine.* — Appartement, fauteuil, chaise longue en cas de fatigue.

A la fin de la quatrième semaine, c'est-à-dire au bout d'un mois après l'accouchement, première sortie en plein air.

TROISIÈME QUINZAINE. — *Promenades, sorties.*

*Cinquième semaine.* — Sorties en voiture.

*Sixième semaine.* — Sorties à pied.

RETOUR DE COUCHES. — Quand la femme n'allaite pas, c'est à la fin de la sixième semaine, c'est-à-dire un mois et demi après l'accouchement, que survient le retour de couches, qui n'est autre chose que le rétablissement de la menstruation.

(1) Chez les femmes délicates, trois semaines de lit sont souvent nécessaires ; par contre, quelques robustes paysannes se lèvent sans inconvénient une semaine, et même moins, après leur accouchement.

Pendant le retour de couches, repos au lit ou sur la chaise longue au moins pendant les deux premiers jours et mieux pendant toute la durée.

Les rapports sexuels peuvent être repris après six semaines.

Pour les exercices fatigants (cheval, danse, grands voyages), il sera plus prudent d'attendre trois mois après l'accouchement.

## PROCIDENCE DES MEMBRES ET DU CORDON.

*Cordon.* — La thérapeutique de la procidence du cordon varie suivant que les membranes sont intactes ou rompues.

Alors que les membranes sont intactes, mieux vaut se borner à l'expectation, car il est rare qu'il survienne des accidents de compression dangereux pour l'enfant; toutefois on surveillera par l'auscultation les bruits du cœur de l'enfant, et, s'ils inspiraient de l'inquiétude, on réduirait le cordon ainsi qu'il va être indiqué avec les membranes ouvertes, en rompant préalablement ces membranes si une manœuvre intra-utérine devient nécessaire.

Quand les membranes sont rompues, s'il y a une présentation autre que celle de l'ovoïde céphalique, tenter de réduire le cordon est inutile car il retombe aussitôt; mieux vaut attendre la dilatation complète et agir à ce moment en terminant l'accouchement aussi promptement que possible. S'il existe une présentation de l'ovoïde céphalique (sommet, face ou front), on fera d'abord placer la femme en position génu-pectorale ainsi que l'indique la figure 64; cette position entraîne par l'action de la pesanteur le cordon vers

le fond de l'utérus, et suffit parfois pour assurer sa réduction.

En cas d'insuccès, on serrera le cordon à l'aide d'une pince, ainsi que le représente la figure 65, en ayant soin de ne pas saisir tout le cordon mais seulement une partie de sa circonférence, de manière à ne pas interrompre la circulation intra-funiculaire,

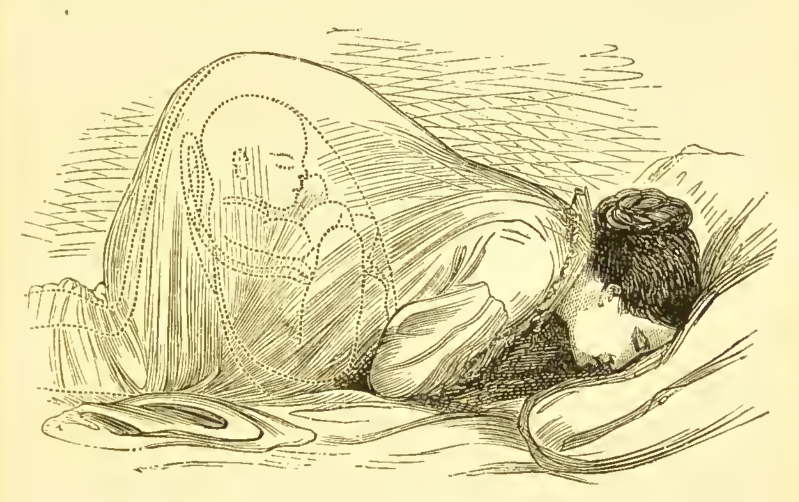


Fig. 64. — Position génu-pectorale destinée à favoriser la réduction spontanée du cordon.

puis on repoussera le cordon au-dessus de la partie fœtale, on desserrera la pince, et, si le cordon a tendance à retomber, on glissera une petite éponge bien aseptique et munie d'un fil entre l'utérus et la partie fœtale, au niveau de l'espace dans lequel s'engage le cordon, petite éponge qu'on abandonnera quelques heures en place, et qu'on pourra d'ailleurs laisser tomber spontanément.

Dans le cas où, quoi qu'on fasse, la procidence se reproduit, on tentera de faire la version pelvienne par manœuvres mixtes, qui, changeant la

position du fœtus dans la cavité utérine et la présentation, empêchera souvent la procidence du cordon différemment situé dans la cavité utérine par le fait du changement fœtal.

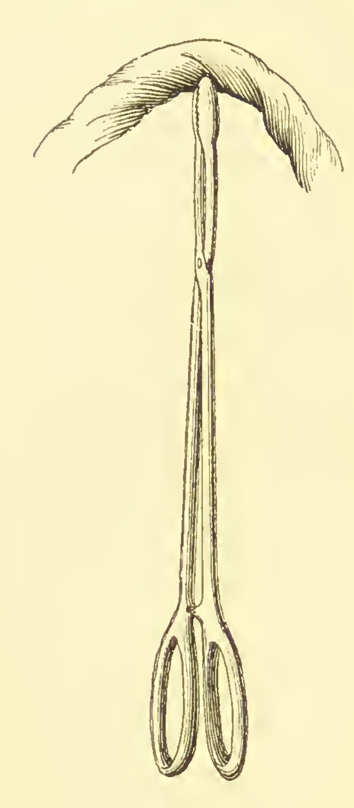


Fig. 65. — Réduction du cordon à l'aide d'une pince.

Il est bien entendu, et il est presque inutile de dire, que toute cette thérapeutique de la procidence du cordon n'est nécessaire que quand le fœtus est vivant; quand il est mort, la procidence du cordon n'a plus aucune importance.

*Membres.* — Quand les membranes sont intactes, simple expectation.

Alors qu'elles sont rompues, quand la dilatation est suffisante pour permettre d'atteindre la procidence avec les doigts, on la réduira en repoussant digitalement le membre au-dessus de la partie fœtale qui se présente. Si la réduction est impossible, attendre la dilatation complète et faire à ce moment l'extraction soit manuelle, soit instrumentale suivant la présentation. Pour introduire le forceps on glissera la cuiller entre la tête et le membre procident et on fera l'extraction sans s'occuper de lui.

**PROLAPSUS UTÉRIN.**

Pendant la grossesse, si une femme est atteinte de prolapsus, lui conseiller simplement le repos dans la position horizontale. Au moment du travail, le prolapsus est rarement la source de complications ; mais si on intervient par le forceps ou l'extraction manuelle, il faudra avoir soin de faire maintenir le col par un aide pendant les tractions.

**RESPIRATION ARTIFICIELLE.** (Voir *Mort apparente.*)

**RÉTENTION DES ANNEXES.** (Voir *Avortement*, *Délivrance.*)

**RÉTRODÉVIATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE.**

La rétrodéviation de l'utérus gravide se manifeste, ordinairement, vers la fin du 3e mois en amenant la rétention d'urine ; il suffit en général de faire le cathétérisme vésical 2 à 4 fois par jour pour voir, la plupart du temps, l'utérus remonter spontanément dans sa position normale au bout de quinze jours à trois semaines. Toutefois, si cette réduction spontanée n'a pas lieu, on tentera la réduction digitale avec ou sans chloroforme, en introduisant un doigt dans le vagin ou dans le rectum. Parfois l'introduction d'un ballon de caoutchouc gonflé dans le rectum suffit à obtenir la réduction graduelle de l'utérus.

Dans les cas où la réduction est impossible, recourir à l'avortement provoqué, après ponction préa-

lable de l'utérus par le vagin, si cette intervention est indispensable pour rendre le col accessible.

## RUPTURES UTÉRINES.

Trois cas principaux peuvent se produire :

1er cas. — *Utérus rompu, fœtus passé dans la cavité abdominale.* — Il est indispensable de faire la laparotomie, d'extraire le fœtus par la plaie abdominale, les annexes par la même voie ; lavage soigné de l'utérus et du péritoine, suture de l'utérus à la soie et fermeture de la plaie abdominale suivant le procédé classique.

2e cas. — *Utérus rompu, fœtus dans l'utérus ou proéminant au niveau de la plaie utérine.* — Quand le col n'est pas suffisamment dilaté, pour permettre d'amener le fœtus par les voies naturelles, il faut pratiquer la laparotomie et agir comme dans le cas précédent.

Quand, au contraire, l'orifice est complètement dilaté ou dilatable, on extraira le fœtus par les voies naturelles, à l'aide de la version ou du forceps suivant les conditions ; on pratiquera la délivrance par la même voie et on se contentera d'un lavage soigné avec une solution boriquée de la plaie utérine, puis de la cavité de la matrice et enfin du vagin.

Cette thérapeutique peut suffire alors qu'il n'y a pas hémorragie, auquel cas il faut faire le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée et s'il est insuffisant, pratiquer la laparatomie et suturer les lèvres de la plaie.

3e cas. — *Utérus rompu, fœtus expulsé, délivrance non faite.* — Procéder à la délivrance par les voies naturelles, et terminer le traitement comme dans le cas qui précède.

## SEIN, PHLEGMON ET ABCÈS.

Le phlegmon et l'abcès du sein surviennent comme complications septicémiques des gerçures du mamelon.

Le traitement prophylactique consiste donc dans le traitement antiseptique de ces gerçures (voir l'article *Allaitement*).

Quand le phlegmon est déclaré, on fera cesser l'allaitement du côté malade ; on couvrira le sein de compresses imbibées d'une solution saturée d'acide borique, recouvertes d'abord de taffetas gommé, puis d'une légère couche d'ouate, le tout maintenu par un bandage légèrement compressif. — Dans certains cas on se trouve bien de l'application permanente de sacs de glace avec interposition d'une flanelle, comme on le fait dans le cas de péritonite par exemple.

Alors que l'abcès est formé, ce que l'on reconnaît à l'œdème superficiel, à la fluctuation superficielle ou profonde, à l'augmentation progressive du volume du sein, il faudra l'ouvrir et le drainer suivant les procédés chirurgicaux connus. L'intervention au bistouri est préférable à l'ouverture spontanée. Quant à la simple ponction aspiratrice, elle est tout à fait insuffisante.

**SEINS ET ALLAITEMENT.** (Voir *Allaitement*, *Sein*, *phlegmon et abcès*,

## SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

Il ne sera pas question ici du traitement préventif de cette maladie, car il a été examiné à l'article *An-*

*tisepsie obstétricale;* nous nous occuperons exclusivement du traitement curatif de l'affection.

Laissant de côté les cas exceptionnels où l'infection a pour porte d'entrée les seins (voir pour le traitement *Sein*, *phlegmon et abcès*) ou une autre voie que le système génital, nous envisagerons le cas typique et habituel d'une infection génitale primitive.

Les trois indications du traitement seront les suivantes :

1° Pratiquer l'antisepsie de la surface génitale.

2° Empêcher l'envahissement du péritoine et de l'organisme.

3° Soutenir l'état général.

1° *Antisepsie de la surface génitale.* — L'antisepsie de la surface génitale sera faite d'une façon différente, suivant qu'il s'agit de la vulve, du vagin ou de l'utérus.

*Vulve.* — Pour la vulve on prescrira des lotions de 3 à 6 fois par jour avec une solution de sublimé à 1 pour 2,000 ou une solution phéniquée à 1 0/0. S'il y a des eschares on les recouvrira de poudre d'iodoforme, ou si cette poudre ne paraît pas avoir une action salutaire, avec un petit tampon de coton hydrophile imbibé d'eau oxygénée ou d'une solution d'acide lactique à 2 0/0.

*Vagin.* — Pour le vagin, on pratiquera des injections, 2 à 6 par 24 heures, soit avec une solution de sublimé à 1 pour 2,000, soit une solution d'acide phénique à 1 0/0, soit du permanganate de potasse à 1 pour 2000.

*Utérus.* — L'antisepsie intra-utérine se fera à l'aide (*a*) des injections ou (*b*) du curage : les premières suffisent dans les cas légers ; mais le curage devient indispensable dans les septicémies graves, surtout

quand il y a rétention des débris septiques dans la cavité utérine.

*a*) *Injections intra-utérines.* — L'injection intra-utérine se pratiquera avec la sonde de Budin, en métal (fig. 66). Cette injection peut être faite alors que la femme conserve dans son lit la position normale, mais il est préférable de la mettre en position vulvaire.

Après nettoyage de la vulve et du vagin, on introduit la sonde dans l'intérieur de l'utérus avec ou sans application préalable de spéculum : sans spéculum l'index sert de guide, avec spéculum on l'introduit sous la direction de la vue ; pour ma part je préfère me servir d'un spéculum large et court.

On fait passer dans l'intérieur de la cavité utérine de 1 à 10 litres d'une solution antiseptique faible, soit sublimé à 1 p. 10,000, soit acide phénique à 1 p. 500, soit acide borique à 2 0/0 ou simplement d'eau bouillie. — Toutes ces solutions doivent d'ailleurs être préparées avec de l'eau bouillie.

Fig. 66. — Sonde métallique intra-utérine de Budin

Dans les cas où la sonde ne pénètre pas facilement dans l'utérus, ce qui est dû à la coudure de l'organe, après application d'un spéculum court, on attirera à l'aide de pinces de Museux le col au voisinage de la vulve ; par cette manœuvre, on redressera l'axe utérin ainsi que l'indiquent les figures 67 et 68, montrant l'une l'utérus coudé,

et l'autre l'organe redressé grâce à son abaissement. Il sera alors facile de faire le lavage intra-utérin.

*b*) *Curage*. — Pour pratiquer le curage de l'utérus, la femme étant placée en position vulvaire et les pré-




Fig. 67. — Utérus en situation normale pendant le post-partum. — Le canal utérin est coudé sur lui-même, et est difficilement perméable à la sonde. — OE, orifice externe. — OI, orifice interne. — CU, cercle utérin.

paratifs faits comme pour l'injection intra-utérine, après avoir abaissé le col de l'utérus au voisinage de la vulve avec des pinces de Museux, on balaie toute la surface de la cavité utérine à l'aide de la curette irrigatrice dont la figure est ci-jointe (fig. 69). Il sera bon de compléter ce curage par l'injection dans l'utérus d'une solution créosotée au 1/3, c'est-à-dire :

Créosote de hêtre................ }
Glycérine........................ } āā, 5 grammes.
Alcool........................... }




Fig. 68. — Utérus dont le canal est redressé, en attirant le col au voisinage de la vulve. — OI, orifice interne. — CU, cercle utérin.

portée à l'aide de la seringue que représente la figure 70.

On complétera cette intervention par un tamponnement à la gaze iodoformée, si l'hémorragie le rend nécessaire.

Fig. 69. — Curette irrigatrice (Auvard).

2° *Pour éviter l'envahissement du péritoine et de l'économie en général*, il sera prudent d'appliquer en permanence un sac de glace sur le bas-ventre ; ce sac de glace devra toujours être mis avec interposition de flanelle pour éviter la congélation de la peau.

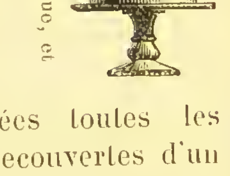



Fig. 70. — Seringue porte-caustique entièrement métallique, et pouvant aller à l'étuve sèche (Auvard).

Quand on ne peut se procurer de la glace, on appliquera des compresses d'eau froide, renouvelées toutes les demi-heures et recouvertes d'un taffetas gommé.

Dans certains cas, l'application de révulsifs tels que pointes de feu ou vésicatoires pourra se montrer utile.

3° *Pour soutenir l'état général*, on aura recours comme médication tonique à l'alcool à haute dose, 200 à 300 grammes dans les 24 heures, aux injec-

tions sous-cutanées d'éther ou de caféine en cas de dépression ;

Comme antithermique, s'adresser au sulfate de quinine, à l'antipyrine, à la digitale aux doses habituelles ;

La nourriture devra être exclusivement liquide et se composer de lait, bouillon, jus de viande, champagne.

**SERRE-FINES.** (Voir *Périnée-déchirures.*)

**SEVRAGE.** (Voir *Allaitement.*)

**SIÈGE, PRÉSENTATION.** (Voir *Accouchement, extraction manuelle, versions.*)

**SOMMET, CONDUITE A TENIR.** (Voir *Accouchement.*)

**STÉNOSE DU COL.** (Voir *Col utérin-dyslocie.*)

**SUITES DE COUCHES.** (Voir *Postpartum. — Tranchées utérines.*)

**SYMPHYSES.**

*Le relâchement des symphyses*, alors qu'il existe pendant la grossesse, sera traité à l'aide de *la ceinture de Martin*, qui s'applique autour du bassin ; cette

ceinture est composée d'un cercle d'acier recouvert d'une enveloppe souple, qui se boucle au niveau de sa partie antérieure. Pour bien agir, elle doit s'adapter très exactement aux dimensions du bassin. Dans la classe pauvre, on pourra remplacer cette ceinture, dont le prix est relativement élevé, par une ceinture plâtrée, appliquée comme dans les cas de fractures du bassin.

*L'inflammation des symphyses* se traite comme les arthrites aiguës, par l'immobilité, l'usage de calmants locaux et généraux.

*La rupture des symphyses*, qui survient au moment de l'accouchement, est justiciable du même traitement que l'arthrite.

**SYMPHYSÉOTOMIE.** (Voir *Pelvitomie*.)

## SYPHILIS PUERPÉRALE.

Nous avons, au point de vue thérapeutique, à examiner les rapports de la syphilis avec la grossesse et avec l'allaitement.

*Syphilis et grossesse.* — Quand une femme enceinte est syphilitique, et que cette syphilis est relativement récente (datant de moins de 6 ans), il est nécessaire de la soumettre au traitement spécifique (traitement mercuriel ou traitement mixte institué comme en dehors de la grossesse).

Quand le père seul est syphilitique, et que cette syphilis date de moins de 6 ans, bien que la mère ne présente aucune trace de l'affection, il sera prudent de soumettre la femme au traitement spécifique,

surtout si elle a eu une fausse couche antérieure vraisemblablement attribuable à cette maladie. Toutefois, le traitement de la femme, en pareil cas, n'est pas accepté par tous les médecins et prête par conséquent à discussion.

*Syphilis et allaitement.* — Toutes les fois qu'une femme syphilitique elle-même, ou dont le mari seul est syphilitique, donne naissance à un enfant, il est nécessaire que l'allaitement soit fait par la mère, ou, si la mère ne le peut, qu'il soit artificiel ou confié à un animal.

Toutes les fois qu'il s'agit de syphilis congénitale, la mère peut nourrir sans inconvénient, les deux lois suivantes vont nous en donner la raison :

Loi de Colles (mère paraissant saine). — *Un enfant né syphilitique, c'est-à-dire atteint de syphilis congénitale, ne contamine jamais sa mère.*

Loi de Profeta (enfant paraissant sain). — *De même qu'une mère ayant donné le jour à un enfant syphilitique ne court aucun danger d'infection en lui donnant le sein, de même un enfant né d'une mère syphilitique ne court, par le fait de l'allaitement, aucun danger d'une contamination quelconque.*

Si la mère est incapable de nourrir son enfant, deux alternatives peuvent se produire :

Ou l'enfant est syphilitique avéré et présente à sa naissance des manifestations qui ne laissent aucun doute ;

Ou l'enfant paraît sain, qu'il soit ou non en puissance de syphilis.

Dans le premier cas, on pourra confier l'enfant à une nourrice syphilitique, qui d'ailleurs n'est pas facile à trouver.

Dans le second, on ne saurait prendre une nourrice

car on n'est pas sûr que l'enfant ne présentera pas sous peu les manifestations de la maladie.

Il faut donc, dans ce dernier cas et dans le premier si on ne peut avoir une nourrice syphilitique, avoir recours à l'allaitement artificiel ou par un animal.

On donnera en même temps à l'enfant le traitement antisyphilitique, au cas où il paraît infecté de cette maladie.

**TAMPONNEMENT INTRA-UTÉRIN.** (Voir *Avortement*, *Délivrance*, *Septicémie*.)

**TAMPONNEMENT VAGINAL.** (Voir *Avortement*, *Hémorragie*, *Placenta prævia*.)

**TÉTERELLES.** (Voir *Allaitement*, *Sein*, *phlegmon et abcès*.)

**THORAX-PRÉSENTATION.** (Voir *Accouchement*.)

**THROMBUS GÉNITAL.**

Le thrombus vulvo-vaginal se déclare rarement avant l'accouchement; en règle, il se forme quelque temps après.

Si l'apparition du thrombus a précédé l'accouchement il suffira, en général, d'une application de forceps ou d'une extraction manuelle pour amener l'expulsion du fœtus.

Toutefois si le volume du thrombus est tel qu'il rend l'intervention impossible, il faudra à l'aide d'une incison au bistouri, évacuer l'épanchement sanguin après quoi on terminera au plus vite l'accouchement.

La conduite à tenir à l'égard du thrombus varie suivant qu'il y a ou non écoulement de sang par la plaie, si ce dernier est faible ou nul on se contentera d'un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, et d'un pansement de la plaie avec la même substance; si la perte est notable, on tamponnera la cavité même du thrombus avec une bande de gaze iodoformée.

Quand le thrombrus survient après l'accouchement, dans la grande majorité des cas la thérapeutique doit être simplement expectante; toutefois si l'épanchement devient considérable et amincit la peau au point d'en faire craindre la rupture, il vaudra mieux inciser au point saillant, évacuer le contenu, tamponner à la gaze iodoformée, et exercer une compression au niveau de la vulve à l'aide d'un bandage approprié.

Il sera encore nécessaire d'intervenir quand des complications inflammatoires surviennent dans l'évolution du thrombus et amènent la transformation purulente de son contenu; le thrombus sera alors traité comme un abcès ordinaire.

**TOILETTES GÉNITALES.** (Voir *Antisepsie obstétricale. — Grossesse, hygiène. — Septicémie.*)

**TRANCHÉES UTÉRINES.**

Les tranchées utérines sont dues à des contractions

douloureuses de la matrice, souvent produites par la présence d'un corps étranger (débris ovulaires, caillots), et dans d'autres cas sans trace de contenu utérin.

Le meilleur traitement à appliquer à ces accidents douloureux consiste dans l'emploi des narcotiques. On aura donc surtout recours soit aux injections de morphine, soit aux lavements de laudanum.

Toutefois, les tranchées, étant un accident excessivement fréquent, ont excité la sagacité thérapeutique des accoucheurs, et de nombreux moyens ont été conseillés pour leur cure, tels : l'antipyrine, la teinture de digitale, la teinture de viburnum prunifolium, le massage utérin, l'hydrate de chloral, le chloroforme, l'ergot de seigle, les injections intra-utérines, les applications de cocaïne sur le col. Tous ces moyens sont susceptibles de donner de bons résultats, mais leur action est moins sûre et constante que celle des opiacés qui donnent d'excellents résultats.

## TROUSSE DE L'ACCOUCHEUR.

Une trousse obstétricale doit se composer : 1° d'un forceps; 2° d'une sonde utérine pour les lavages intra-utérins; 3° d'une canule vaginale en métal; 4° d'une sonde vésicale en métal (1); 5° d'un tube de Chaussier pour l'insufflation de l'enfant; 6° d'aiguilles et fils pour suturer au besoin le périnée ; 7° de ciseaux ordinaires; 8° de deux bistouris, l'un boutonné et l'autre pointu; 9° de six pinces hémostatiques;

(1) Il est nécessaire que la canule vaginale et la sonde vésicale, de même que la plupart des instruments, soient en métal afin de pouvoir être facilement aseptisés par le flambage au moment de s'en servir.

10° d'un stéthoscope obstétrical ; 11° d'une seringue de Pravaz.

En vue d'une hémorragie grave, il est bon d'avoir deux bandes de gaze iodoformée à 10 % , longues de

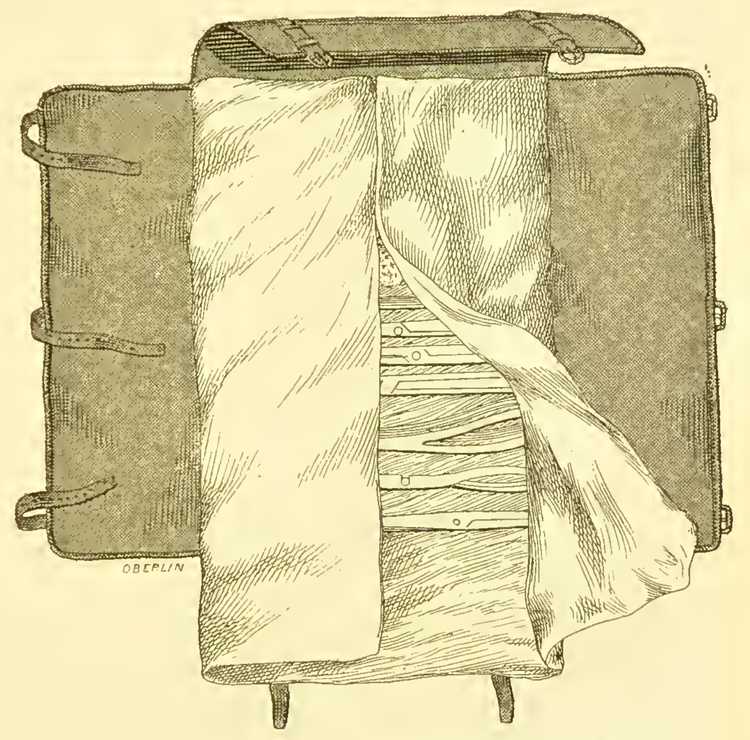



Fig. 71. — Trousse ouverte. Les instruments sont enveloppés dans une pièce de toile.

5 mètres et larges de 15 centimètres, deux pinces à griffes, une pince à pansement et un spéculum bivalve assez large, ou, à sa place, deux valves mobiles.

Enfin pour les cas d'embryotomie, il est nécessaire d'avoir les ciseaux de Dubois et un embryotome céphalique (voir à cet égard l'article *Embryotomie.*)

Tous ces instruments seront enfermés dans une pièce de toile repliée sur elle-même, comme l'indiquent les deux figures ci-jointes montrant l'une (fig. 71) la trousse ouverte et l'autre (fig. 72) la trousse fermée.

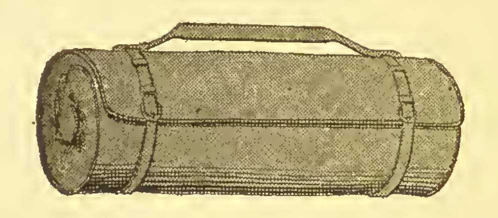


Fig. 72. — Trousse fermée.

**TUMEURS GÉNITALES.** (Voir *Fibromes*, *Opération césarienne*, *Symphyséotomie.*)

**UTÉRUS, RUPTURES** (Voir *Ruptures utérines.*)

**VAGIN, DYSTOCIE.**

En cas de résistance exagérée de l'hymen, ou de cicatrices vaginales au voisinage de la vulve, se comporter ainsi qu'il est indiqué à l'article *Vulve-dystocie.*

S'il existe une tumeur vaginale (kyste ou thrombus), la ponction dans le cas de kyste suffira pour lever la cause de dystocie ; pour le thrombus voir l'article *Thrombus.*

Si la parturiente est atteinte de prolapsus vaginal, la période d'expulsion devra être surveillée avec un soin particulier; on soutiendra avec les

doigts le prolapsus vaginal qui tend à s'accentuer, que l'accouchement soit spontané ou artificiel.

## VERSIONS.

La version est une opération qui a pour but de modifier la présentation du fœtus.

Il existe trois sortes de versions :

*Par manœuvres externes, plus simplement* **version externe** ;

*Par manœuvres internes plus simplement* **version interne** ;

*Par manœuvres mixtes, plus simplement* **version mixte.**

Suivant qu'on ramène la tête ou le siège au détroit supérieure, la version est dite *céphalique, pelvienne ou podalique.*

Indications. — Les indications doivent être examinées *pendant la grossesse et pendant le travail.*

1° *Pendant la grossesse.* — La version pendant la grossesse est indiquée toutes les fois qu'il y a présentation du siège, du thorax ou de l'abdomen ; en d'autres termes, toutes les fois qu'il y a une présentation autre que celle de l'ovoïde céphalique.

On l'exécutera à l'aide de manœuvres externes, l'imperméabilité du col à cette époque de la puerpéralité rendant impossible toute autre manœuvre.

Cette version doit être faite environ un mois avant terme chez les primigestes, et quinze jours chez les multigestes ; toutefois, si la présentation vicieuse n'a été constatée que plus tardivement, la version peut être faite presque au moment du travail, quelquefois même, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, pendant les premiers moments du travail.

2° *Pendant le travail.* — Il faut distinguer la période de dilatation et la période d'expulsion, la première finissant à la dilatation complète, moment auquel commence la seconde.

*a*) *Période de dilatation.* — Comme pendant la grossesse, la version céphalique, quand il y a présentation vicieuse, c'est-à-dire du siège, du thorax ou de l'abdomen, est indiquée ; elle sera faite *par manœuvres externes*, si la poche des eaux est rompue, et par *manœuvres mixtes* dans le cas contraire.

Pendant cette période de dilatation la version peut encore être indiquée alors qu'il y a *insertion vicieuse du placenta ;* mais en pareil cas, c'est pour transformer la présentation du sommet, de la face ou du front, ou encore celle du thorax, en présentation du siège, car avec un placenta prævia on a intérêt à attirer un pied dans le vagin et à laisser, à partir de ce moment, l'accouchement se terminer spontanément ; ce mode d'intervention, dans le cas de placenta prævia, est désigné sous le nom de méthode de *Braxton Hicks.* La version en pareil cas se fait par manœuvres mixtes.

*b*) *Période d'expulsion.* — A la dilatation complète on a presque constamment recours à la version par manœuvres internes, bien que la mixte soit praticable.

Cette version sera indiquée toutes les fois qu'il y a présentation du thorax (épaule), ou de l'abdomen ; elle sera indiquée dans certains cas de rétrécissement du bassin, ou de placenta prævia, alors qu'il y a présentation de l'ovoïde céphalique, et qu'on juge l'extraction comme devant être plus facile par la version que par le forceps.

Contre-indications. — La version est contre-indiquée :

Quand elle est *impossible* ou *dangereuse* ;

Quand elle est *inutile*.

Examinons ces conditions, à propos de chaque mode de version.

1. *Version externe.*

*L'impossibilité* peut provenir de la difficulté à saisir les pôles fœtaux à travers la paroi abdominale trop épaisse ou trop sensible, ou encore de la difficulté à faire évoluer le fœtus quand le siège est trop engagé dans l'excavation, qu'il y a trop peu de liquide amniotique dans la cavité ovulaire ; les malformations utérines telles que bifidité constituent aussi un obstacle parfois insurmontable. — La brièveté du cordon, surtout s'il y a un circulaire, peut empêcher la rotation du fœtus ; on soupçonnera cette brièveté alors que, en essayant de faire la version, on sent la tête maintenue à la place qu'elle occupe comme par un lien élastique. En pareil cas, ne pas insister, car la version pourrait amener le décollement du placenta et la mort du fœtus.

*L'inutilité* existe avec un enfant mort, ou en l'absence de diagnostic précis de la situation fœtale, ou quand il y a une exagération du liquide amniotique suffisante pour empêcher la fixation de la position fœtale.

2. *Version mixte.*

Outre les causes d'impossibilité mentionnées à propos de la version externe, il faut mentionner l'ouverture insuffisante de l'orifice utérin, qui ne permet pas d'agir par cette voie.

Mêmes causes d'inutilité que pour la version externe.

3. *Version interne.*

L'*impossibilité* existe quand la main ne peut péné-

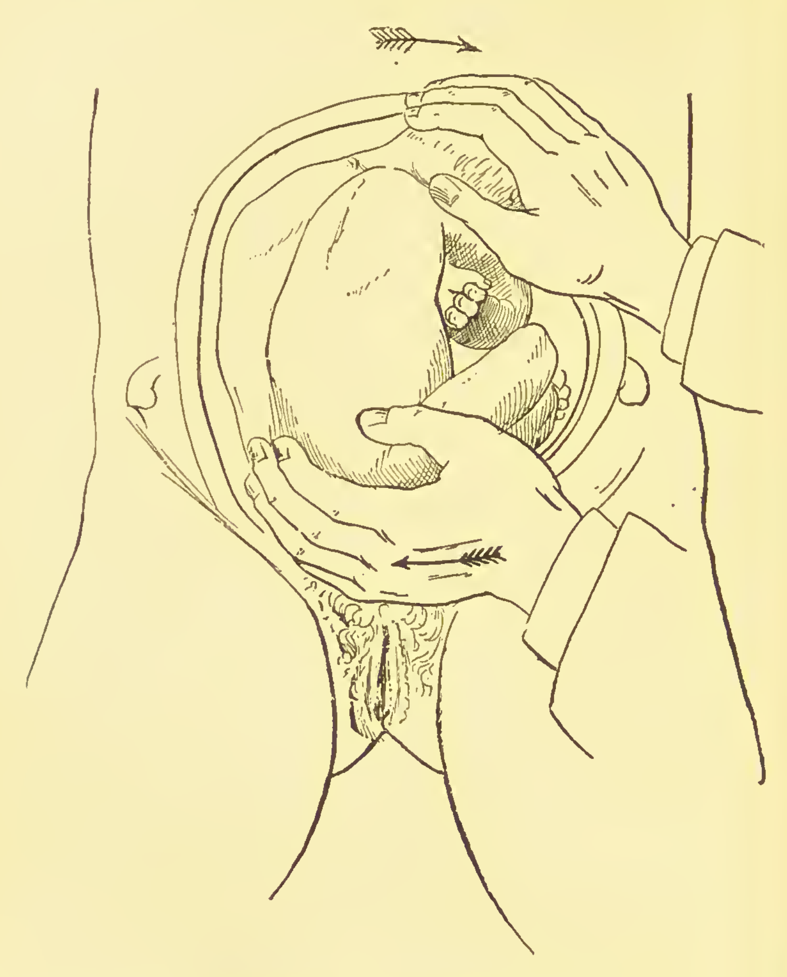


Fig. 73. — Version externe. Saisie des pôles fœtaux.

trer dans la cavité utérine, soit par le fait d'une dilatation insuffisante, soit par celui d'un rétrécissement pelvien trop accentué, ou d'une tumeur formant obstacle. — Il y a encore impossibilité à la version, quand

la mobilité du fœtus est devenue insuffisante pour permettre son évolution dans l'utérus.

La version interne est *inutile* quand l'enfant est



Fig. 74. — Version externe. Evolution du fœtus.

mort, ou du moins on pourra en pareil cas lui préférer l'embryotomie alors que la version présente la moindre difficulté ; l'intervention dans ces conditions doit être dirigée uniquement en vue des intérêts

maternels. Elle est encore inutile quand il y a rétrécissement du bassin empêchant l'extraction d'un enfant vivant.

Manuel opératoire.

1° *Version externe.* — Après avoir fait évacuer la vessie et le rectum, on étendra la femme sur son

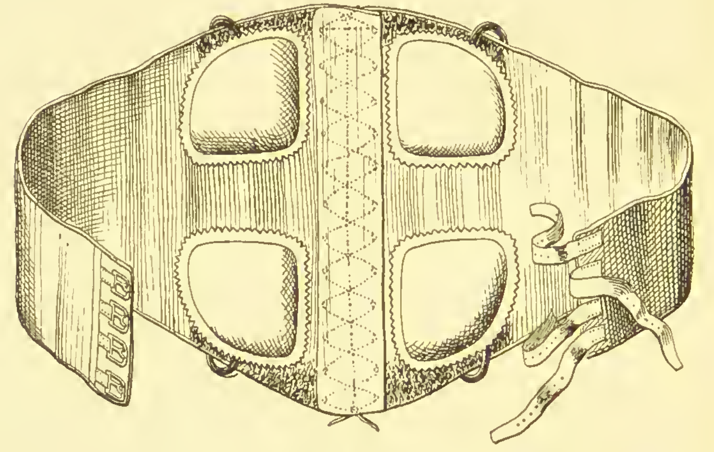


Fig. 75. — Ceiture eutocique avec 4 coussins dilatables (Auvard).

lit, en position dorsale, un simple oreiller sous la tête, en lui recommandant de laisser tous ses muscles dans le relâchement.

L'accoucheur, se plaçant du côté droit ou gauche de la femme, saisit à travers la paroi abdominale un pôle fœtal dans chaque main, ainsi que l'indique la figure 73.

Les pôles étant ainsi saisis, il imprime au fœtus un mouvement de rotation sur lui-même, soit dans le sens indiqué par les flèches, soit en sens contraire, suivant la plus grande facilité qu'on rencontre à l'évolution fœtale.

Le fœtus arrive alors dans la situation indiquée par la figure 74, et, continuant son évolution grâce aux mêmes mouvements, se place enfin en présentation du sommet.

Alors qu'on a obtenu la présentation désirée, il faut maintenir le fœtus dans cette nouvelle situation à l'aide d'un bandage de corps, sous lequel on placera de chaque côté de la tête un tampon de coton, ou mieux, si possible, à l'aide d'une ceinture appropriée, munie de *quatre coussins à air*, en les gonflant tous les quatre, de manière à maintenir les deux pôles dans leur nouvelle situation ; si le fœtus a une tendance à se déplacer dans une direction plutôt que dans une autre on gonflera surtout les coussins destinés par leur situation à s'opposer à ce déplacement.

Les *difficultés* peuvent se montrer :

soit pour la saisie,

soit pour l'évolution,

soit pour la fixation du fœtus.

La saisie est difficile, surtout quand il y a engagement du siège dans l'excavation ; on tentera en pareil cas de faire déplacer le siège par les doigts d'un aide, qui par le vagin repoussera la partie fœtale dans la direction du détroit supérieur.

L'évolution peut être gênée par l'épaisseur ou l'hypéresthésie des parois abdominales : la douceur ou au besoin quelques gouttes de chloroforme, sans rechercher l'anesthésie complète, seront d'un heureux secours.

La fixation est chez certaines femmes impossible, parce qu'elles ne peuvent supporter aucun bandage contentif; on en sera réduit chez elles à répéter la version à chaque nouveau déplacement, ou à re-

noncer à la correction de la présentation que peut fournir cette opération.

2° *Version mixte.* — Mêmes précautions prélimi-

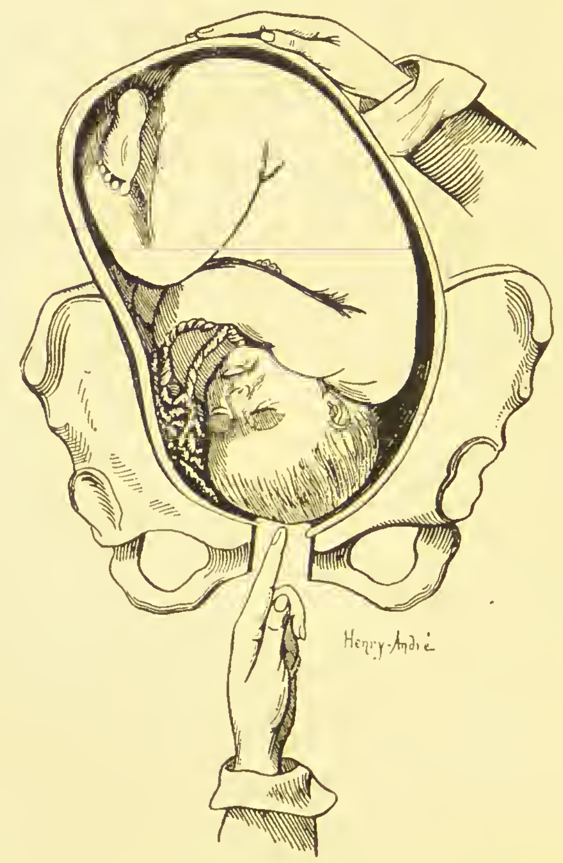



Fig. 76. — Version mixte podalique. 1er temps (Braxton Hicks).

naires que pour la version externe et même position de la femme.

La version peut être podalique ou céphalique.

*a*) *Version podalique.*

Un ou deux doigts de la main droite ou gauche,

suivant la position prise par l'accoucheur, étant introduits dans le vagin et le col de l'utérus (fig. 76), repoussent la partie fœtale, après avoir rompu la poche des eaux si elle était encore intacte, pendant

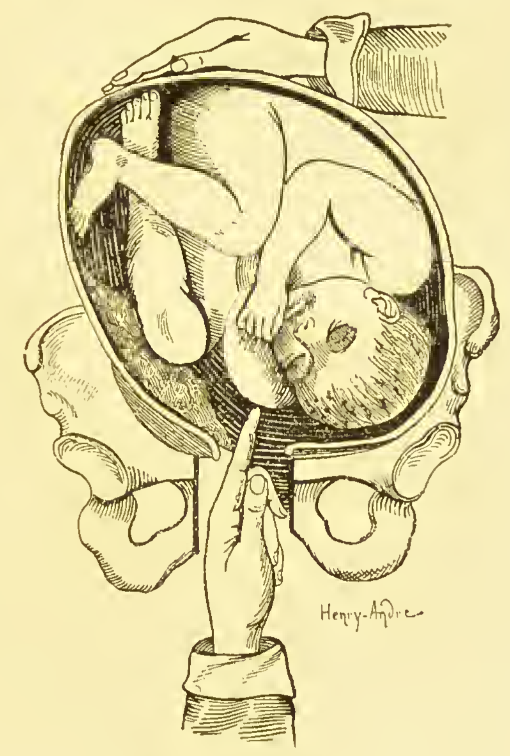



Fig. 77. — Version mixte podalique. 2e temps (Braxton Hicks).

que l'autre main, empaumant le pôle fœtal qu'il faut ramener au détroit supérieur, exerce sur lui des pressions dans la direction voulue.

L'évolution se fait dans le sens indiqué par les figures 76, 77, 78.

Quand un des petits membres inférieurs arrive au voisinage de l'orifice utérin (fig. 78) on le saisit et

on l'entraîne dans le vagin : le fœtus se trouve ainsi fixé dans sa nouvelle situation.

*b*) *Version céphalique.*

La version céphalique se fera d'après les mêmes principes, mais en agissant en sens contraire.

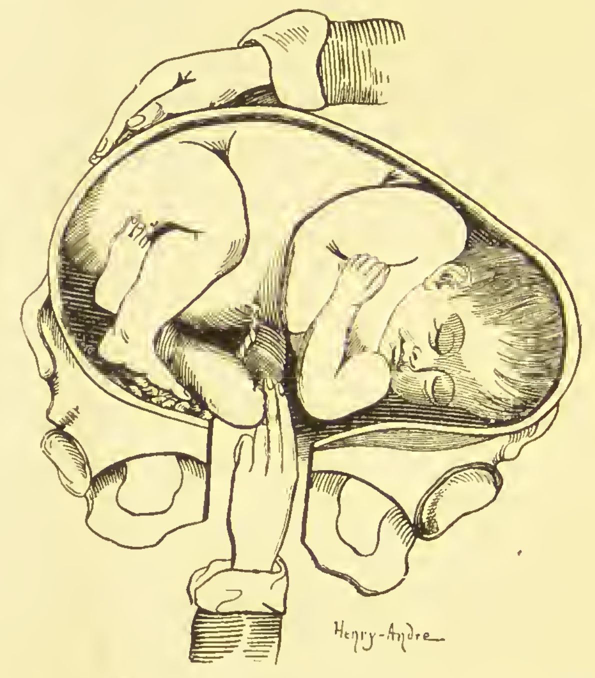



Fig. 78. — Version mixte podalique. 3e temps (Braxton Hicks).

Pour fixer la partie fœtale on n'éprouve, en général, aucune difficulté, l'écoulement du liquide amniotique rendant très restreinte la mobilité du fœtus.

Les difficultés à la version mixte existent surtout à l'évolution du fœtus, alors que le liquide amniotique est écoulé depuis un certain temps; si cette évolution ne peut être obtenue par les moyens sus-indiqués on renoncera à l'opération.

3° *Version interne.* — Les précautions préliminaires pour l'exécution de la version interne consistent :

1. Dans l'évacuation de la vessie et, si possible, du rectum.

2. A placer la femme dans la position obstétricale ;

3. L'accoucheur doit avoir le bras libre de tout vêtement, et nettoyé antiseptiquement.

4. Préparer deux lacs et un forceps podalique (fig. 79) de manière à saisir et à maintenir le pied abaissé.

5. Avoir prêt tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant, au cas où il naîtrait en état de mort apparente.

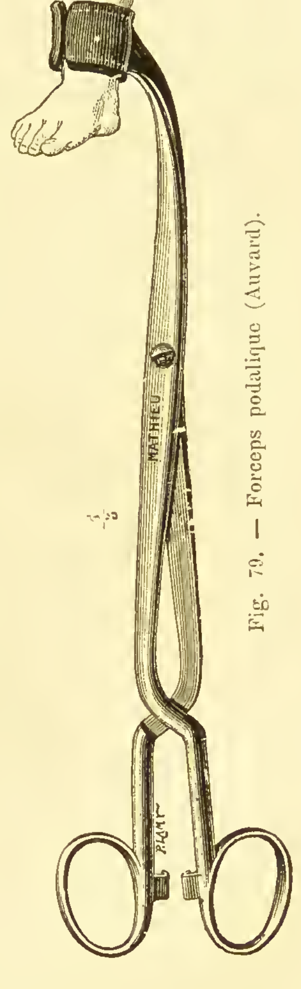


Fig. 79. — Forceps podalique (Auvard).

L'opération comprend trois temps :

1° *Saisie de la ou des parties fœtales.*

2° *Evolution fœtale.*

3° *Fixation fœtale.*

1° *Saisie de la ou des parties fœtales.*

*De la main à introduire.* — Introduire toujours la droite, et si avec cette main on a des difficultés à saisir les petits membres pelviens, la remplacer par la gauche.

*Du mode de pénétration de la main.* — Les doigts doivent être repliés en cône, toute la face dorsale

des doigts et de la main oints largement de vaseline boriquée. Pendant qu'une main pénètre dans les organes génitaux, l'autre doit être placée sur la paroi abdominale pour maintenir l'utérus.

*De la recherche des pieds.* — La main doit aller à la recherche des pieds par le chemin le plus court, c'est-

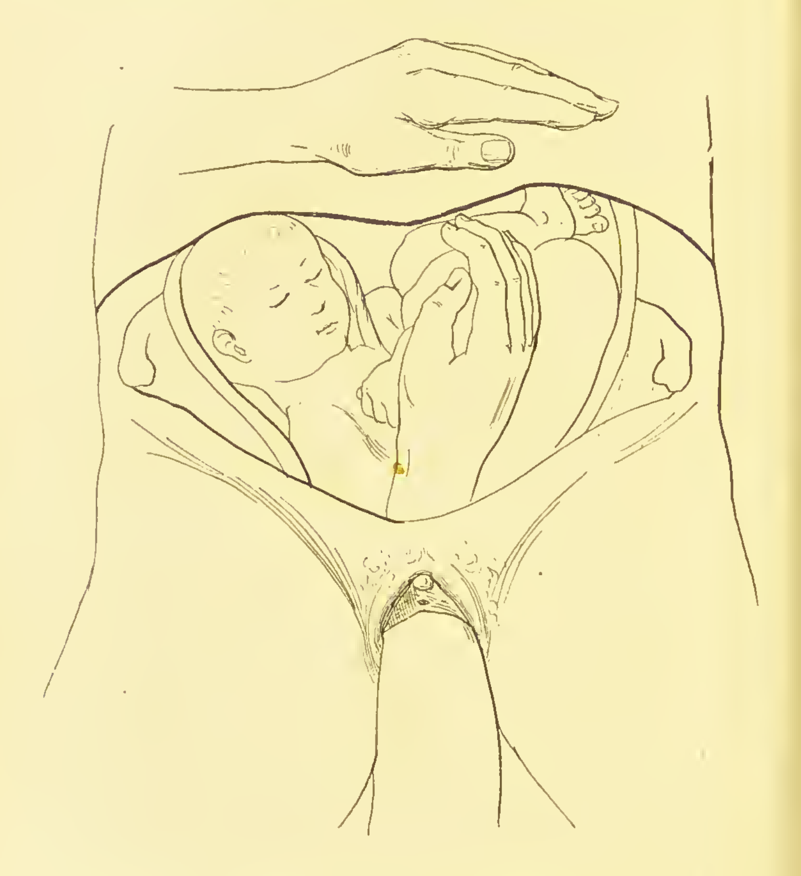


Fig. 80. — Version interne. Premier temps. Saisie des pieds.

à-dire en suivant le plan antérieur ou sternal du fœtus.

*De la saisie des pieds.* — La main introduite saisira

les deux pieds simultanément, si elle les rencontre ; sinon, elle se contentera d'un des pieds sur lequel elle exercera une prise solide, afin de pouvoir exécuter la version. On a longuement discuté sur la question du *bon pied à saisir*, pure théorie inutile en pratique.

2° *Evolution fœtale.* — Pour faire évoluer le fœtus,

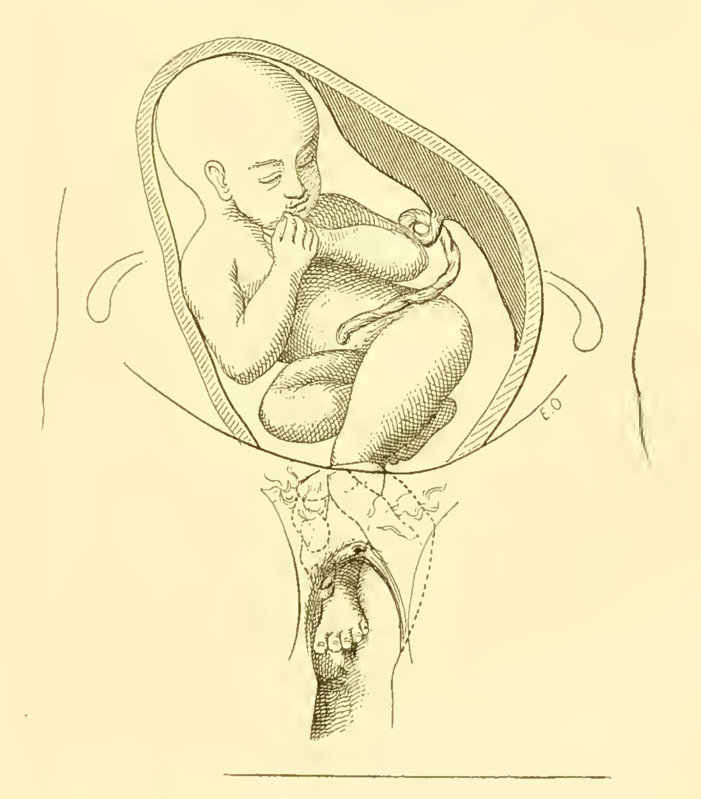


Fig. 81. — Version interne. Deuxième temps. Evolution fœtale.

tirer sur le ou les pieds saisis dans la direction de la vulve et *tirer dans l'intervalle des contractions utérines.*

3° *Fixation fœtale.* — Ce troisième temps a ici peu

d'importance, car on termine, en général, la version interne par l'extraction manuelle.

Les *difficultés* à la version interne sont nombreuses,

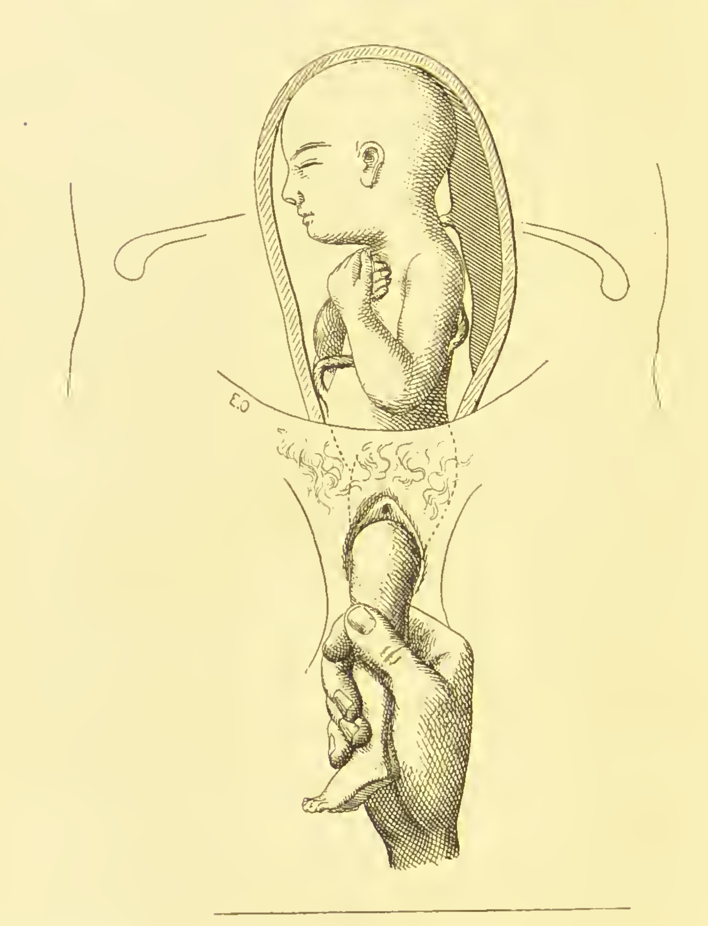



Fig. 82. — Version interne. Troisième temps. Fixation ou extraction.

et j'insisterai tout particulièrement sur elles à cause de leur importance pratique, la version étant une des opérations obstétricales que le médecin est le

plus souvent appelé à faire, et une de celles où il rencontre le plus de difficultés.

Ces difficultés peuvent exister à chacun des trois temps :

I. Au premier temps. — *Saisie de la partie fœtale.*

Les différentes causes susceptibles de gêner la pénétration de la main et la saisie des pieds sont les suivantes :

*a*) Causes générales.

1° *Indocilité.* — Anesthésie.

2° *Convulsions éclamptiques, hystériques.* — Attendre leur cessation ou anesthésier.

3° *Syncope.* — Continuer ou cesser l'intervention suivant le temps nécessaire à la compléter, et porter remède à la syncope par les moyens ordinaires.

*b*) Causes locales.

1° *Obstacle maternel.*

**Vulvaire.**

1. *Etroitesse, vaginisme inférieur.* — Pénétration lente de la main. — Anesthésie.

2. *Œdème.* — *Thrombus.* — *Tumeurs.* — La pénétration de la main sera gênée, mais possible.

3. *Malformations, Cicatrices.* — Dilatation graduelle avec la main, au besoin élargissement à l'aide du bistouri ou des ciseaux.

**Vaginal.**

1. *Etroitesse, vaginisme supérieur.* — Pénétration lente de la main. — Anesthésie.

2. *Thrombus* — *Kystes* — *Tumeurs diverses.* — De même que pour la vulve.

3. *Malformations* (bifidité, diaphragme). *Cicatrices.* — Ces divers obstacles vaginaux réclament la même thérapeutique que les analogues à la vulve.

**Pelvien.**

1. *Rétrécissement du bassin.* — (Voir l'article *pelviviciations.*)

2. *Tumeurs.* — Une tumeur pelvienne assez volumineuse pour empêcher l'introduction de la main oblige à l'opération césarienne.

**Col utérin.**

1. *Dilatation incomplète.* — *Rigidité.* — Emploi préalable de sacs en caoutchouc, ou d'un dilatateur métallique. Autant que possible, laisser la dilatation du col atteindre spontanément le degré voulu.

2. *Tumeurs.* — *Fibrome.* — *Cancer.* — Contourner. réduire ou énucléer le fibrome. — Dilater avec la main ou avec un ballon en caoutchouc le col cancéreux ; éviter les incisions et leur préférer l'opération césarienne.

3. *Dilatation sacciforme de l'utérus.* — Replacer l'utérus dans sa situation normale en abaissant l'orifice, et en repoussant le diverticulum pelvien de l'utérus.

4. *Déviation de l'orifice utérin.* — Cette cause, surtout importante avec le développement sacciforme de l'utérus, sera traitée en ramenant avec le doigt l'orifice dans sa situation normale.

**Corps utérin.**

1. *Contractions et rétractions utérines.* — Administration de chloroforme à dose chirurgicale.

2. *Malformations.* — Bifidité. — Ces causes n'opposent qu'une gêne relative.

3. *Tumeurs.* — Les fibromes du corps utérin peuvent, alors qu'ils font saillie dans la cavité de l'organe, opposer un certain obstacle à la version, mais on surmontera cette difficulté avec un peu de patience.

4. *Déviations utérines.* — Parmi ces déviations, il faut surtout signaler l'antéversion (abdomen pendulum). Faire relever l'utérus de manière à le placer dans sa position normale.

5. *Mobilité excessive de l'utérus.* — Cette mobilité a pour inconvénient de gêner le déplacement intra-utérin de la main, que l'utérus suit docilement dans ses mouvements. Il suffit de faire fixer l'organe gestateur à travers la paroi abdominale.

2° *Obstacles annexiels :*

**Membranes. — Œuf double.**

Gène constituée par la cloison ovulaire, quand la main s'est engagée dans l'œuf voisin de celui où elle doit opérer. — Rompre la cloison.

**Placenta.**

*Insertion vicieuse.* — Passer à côté ou au travers du placenta. Dans quelques cas, l'extraire avant de pénétrer dans l'utérus.

**Cordon.**

1. *Procidence.* — Agir comme si elle n'existait pas.

2. *Entortillement.* — Le cordon s'entortille autour de la main et des doigts, et gêne l'exploration intra-utérine. — Rejeter le cordon de côté.

3. *Ostacle fœtal :*

**Grossesse simple.**

1. *Partie fœtale trop engagée.* — La repousser si possible, sinon la version est contre-indiquée.

2. *Procidence du bras.* — Cette procidence ne gêne sérieusement la version que lorsque l'épaule est trop profondément engagée.

3. *Excès de volume du fœtus.* — Cause discutable de difficultés pour l'introduction de la main.

4. *Monstruosités.* — En pareil cas, on sort des règles classiques pour tomber dans l'imprévu.

5. *Mobilité fœtale excessive.* — Le fœtus fuit devant la main. Cette difficulté n'existe qu'avec un excès de liquide amniotique ; il suffit de faire écouler une certaine quantité de ce liquide pour y parer.

**Grossesse double.**

*Gémellité.* — La présence de deux fœtus dans la cavité utérine gêne le plus souvent, d'une façon sérieuse, les manœuvres nécessaires pour accomplir la version. En pareille occurrence, il ne faut prendre qu'un pied, afin d'éviter la possibilité d'agir sur les deux fœtus à la fois, au cas où chacun des deux pieds saisis appartiendrait à un fœtus différent.

II. Au deuxième temps. — *Évolution fœtale.*

Si le pied saisi glisse dans la main, il faut le fixer avec un lacs, ou avec le forceps podalique.

Contre la fixité de la présentation qui est due, en général, à la rétraction de l'utérus, on emploiera le chloroforme à haute dose, car l'anesthésie profonde est susceptible de relâcher l'utérus dans une certaine mesure. Toutefois, si on échoue, et si des tractions modérées ne réussissent pas à faire évoluer le fœtus, il faudra renoncer à la version, sans quoi on s'exposera à une rupture de l'utérus.

En cas de gémellité, si on éprouve des difficultés à faire évoluer un fœtus, tenter sur l'autre, qui opposera peut-être moins de résistance.

III. Au troisième temps. — Fixation.

Ces difficultés se confondent avec l'*extraction manuelle*, et sont vues à l'article qui lui est consacré.

**VICIATIONS PELVIENNES.** (Voir *Pelviviciations.*)

## VOMISSEMENTS GRAVES.

Alors que les vomissements sont assez intenses pour atteindre la santé générale de la femme, quand, en un mot, il ne s'agit plus de vomissements simples de la grossesse mais de vomissements graves, il est nécessaire d'instituer un traitement susceptible de les arrêter ou de les diminuer.

Dans certains cas il est possible de trouver la cause de ces vomissements, telle que l'inflammation du col, une déviation utérine, une tumeur de l'estomac, l'albuminurie : il faut alors instituer le traitement étiologique.

Mais, dans la plupart des cas, l'examen le plus attentif de la femme reste muet sur la cause en question et il importe alors d'avoir recours tour à tour aux divers moyens que nous allons énumérer, sans que l'on puisse savoir d'avance quel est celui d'entre eux qui réussira.

1° *Remèdes variés :*

Variation dans les aliments. — Alcool. — Alcalins. — Glace à l'intérieur. — Régime lacté. — Purgatifs. — Vomitifs. — Bismuth. — Iodure ou bromure de potassium. — Valérianate de cérium, trois à cinq pilules de 0,05 par jour. — Oxalate de cérium, une à deux pilules de 0,05 par jour. — Potion antiémétique de Rivière. — Lavage de l'estomac et gavage. — Lavements alimentaires pour soutenir la malade. — Transport de la femme d'un endroit dans un autre ; voyages forcés ayant produit parfois une amélioration inattendue.

2° *Calmants :*

Opiacés, aux doses habituelles ; extrait d'opium ou morphine.

Chlorhydrate de cocaïne ; solution à 10 100, à

prendre 10 à 20 gouttes par jour dans un demi verre à liqueur d'eau simple ou sucrée.

Hydrate de chloral, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, en lavement (bon médicament dans le cas actuel).

3° *Excitants :*

Teinture de noix vomique, 1 à 5 gouttes au moment du déjeuner et du dîner.

Inhalations d'oxygène, 30 à 40 litres par jour.

Electricité. — Courants continus ou interrompus appliqués sur l'estomac et la colonne vertébrale.

4° *Révulsifs :*

Pulvérisations d'éther sur le creux de l'estomac.

Glace sur le creux épigastrique ou sur la colonne vertébrale.

Vésicatoires, sangsues, pointes de feu à la région épigastrique.

5° *Traitement utérin :*

*a*) Application sur le col utérin, de belladone, de cocaïne, de sangsues. Cautérisation au nitrate d'argent ou avec le thermo-cautère (ne pas oublier que ces derniers moyens peuvent provoquer l'expulsion de l'œuf, considération d'ailleurs qui ne doit pas les contre-indiquer).

*b*) *Dilatation digitale du col par la méthode de* Copeman. — On introduit l'index dans le col, jusqu'au niveau de l'orifice interne, qu'on franchit ; puis promenant le doigt circulairement, on essaie de dilater le col, et de décoller les membranes aussi loin que possible. Ce moyen, qui peut amener la perforation des membranes ou la provocation du travail, tout en respectant l'intégrité de l'œuf, produit parfois la cessation complète des vomissements sans interruption de la grossesse. C'est donc une méthode qu'on devra

tenter, alors que les moyens précédents ont échoué.

c) *Avortement et accouchement provoqués.* — Enfin dans les cas rebelles à toute thérapeutique et avant le début de la troisième période où tout traitement devient inutile, on aura recours à la provocation de l'avortement ou de l'accouchement, en employant un des moyens qui sont indiqués à propos de cette intervention (voir l'article *Expulsion provoquée.*) — L'accoucheur ne devra pas reculer devant cette thérapeutique énergique, bien qu'elle n'assure pas toujours la guérison de la femme, surtout quand elle est appliquée trop tardivement.

## VULVE, DYSTOCIE

Quand l'étroitesse et la rigidité de la vulve mettent obstacle à l'accouchement, on donnera un bain prolongé, pendant le travail ; en appliquera au besoin dans le vagin un pessaire Gariel, gonflé avec un liquide antiseptique.

Si l'accouchement ne peut se terminer spontanément, recourir au forceps ou à l'extraction manuelle.

Ne pratiquer les incisions vulvaires qu'en cas d'absolue nécessité.

Dans le cas de cicatrices vulvaires on se comportera de même, n'ayant recours aux incisions que si on les juge indispensables.

Quant à la dystocie causée par les tumeurs de la vulve, elle est, en dehors du thrombus (voir l'article *Thrombus*), de faible importance.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.

